

# UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Aus dem Institut für Rechtsmedizin,  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

## **Analyse des Suizidgeschehens der Hansestadt Hamburg – Eine Befragung der Hinterbliebenen**

Dissertation  
Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanmedizin  
Der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Rico Michael Mumbauer  
aus Trier

Hamburg 2009

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am 26.04.2010

Veröffentlicht mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Klaus Püschel

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter: PD Dr. Reinhard Lindner

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter: Prof. Dr. Hans-Peter Beck-Bornholdt

Prüfungsausschuss, stellv. Mitglied: PD Dr. Klaus Martin Lambert

Inhaltsverzeichnis:	Seite:
1. Arbeitshypothese und Fragestellung	3
2. Einführung	4
3. Material und Methoden	6
3.1. Material	6
3.1.1. Offizielle, veröffentlichte Daten: Suizide in Deutschland 2004	6
3.1.2. Offizielle, veröffentlichte Daten: Suizide in Hamburg 2004	8
3.2. Methoden: Herkunft des Datenmaterials und der Prozess der Datenaquise	11
3.3. Anmerkungen zur Gliederung des Ergebnisteils	16
3.4. Statistische Signifikanz des Untersuchungsmaterials	17
4. Ergebnisse	18
4.1. Geschlecht und Alter	18
4.2. Jahreszeiten	21
4.3. Wahl der Suizidmittel	22
4.4. Demographisches	28
4.5. Arbeitsverhältnis, Arbeitslosigkeit, Bildungsstand	30
4.6. Suizidhistorie, familiäre Belastung, Ankündigungen und Versuche	32
4.7. Komorbidität (somatisch/psychisch), Auslösefaktoren	35
4.8. Inanspruchnahme professioneller Hilfe, Psychotherapie und psychische Erkrankung	44
4.9. Konsum von Sucht- und Rauschmitteln	47
4.10. Krankenhausaufenthalte. Prä- und poststationäre Suizide	49
4.11. Vergleich zwischen der offiziellen Suizidstatistik und den Zahlen des Instituts für Rechtsmedizin	49
5. Diskussion	52
5.1. Einleitung	52
5.2. Fehlerquellen und Gefahr der Missinterpretation	53
5.3. Ergebnisdiskussion	56
5.3.1. Demographisches	56
5.3.2. Suizid im Alter, Wahl der Suizidmittel	56
5.3.3. Sozialisation und Suizidverhalten	60
5.3.4. Harte und weiche Methoden bei der Wahl der Suizidmittel	62
5.3.5. Arbeitslosigkeit und Suizid	63
5.3.6. Berufliche Qualifikation und Bildungsstand	66
5.3.7. Familiäre Belastung durch Suizid, Auswirkungen auf Hinterbliebene	66
5.3.8. Suizidankündigungen und Suizidversuche, Vollendete Suizide	70
5.3.9. Komorbiditäten der Suizidenten, Konsum von Suchtstoffen	72
5.4. Suizidprävention, Implikationen	79
6. Zusammenfassung	81
7. Literaturverzeichnis	83
8. Anhänge	88
8.1. Kasuistiken	88
8.2. Verwendeter Fragebogen	94
8.3. Ergebnistabellen	102
8.4. Abkürzungsverzeichnis	121
9. Danksagung	122
10. Eidesstattliche Erklärung	123

## 1. Arbeitshypothese und Fragestellung

Hintergrund des Designs dieser explorativen Analyse war, mittels einer Hinterbliebenenbefragung Erkenntnisse zu sammeln, die Aufschluss über das Suizidverhalten der Hamburger Bürger im Verlauf eines ganzen Jahres geben.

Insbesondere sollte überprüft werden, ob in der Hansestadt bereitstehende Projekte und Angebote zur Suizidprävention von den betreffenden Menschen wahrgenommen wurden.

Durch den direkten Kontakt zu den Angehörigen sollte mit Daten aus erster Hand in Erfahrung gebracht werden, wie sich die Entwicklung der Suizidalität und Handlungsweisen vor einem Suizid heute darstellen, ob sich das Suizidverhalten im internationalen Vergleich geändert hat, und wie sich Betroffene der Umwelt gegenüber offenbaren. Psychische oder körperliche Erkrankungen, Abhängigkeiten und auch demographische Daten wie Bildungsstand und Lebensweise sollten ebenso erhoben werden wie die persönliche subjektive Einschätzung der Hinterbliebenen zum Suizidmotiv des Verstorbenen. Berichte über Kontakte der Betroffenen zu psychotherapeutischen Einrichtungen und Institutionen wurden gleichermaßen als relevant bezeichnet wie die zeitliche Abfolge von Kontaktaufnahme, Therapie oder Kontaktabbruch zu diesen Institutionen.

Anhand dieser sehr individuellen, im Einzelfall voneinander abweichenden Daten sollten sich wiederholende Muster aufgezeigt und Risikofaktoren identifiziert werden. Diese Faktoren können diejenigen sensibilisieren, die im Gesundheitssystem tätig sind oder aufgrund ihrer beruflichen Funktion mit Suizidgefährdeten zu tun haben. Für diese Menschen kann es hilfreich sein, ein Gespür für suizidale Äußerungen zu entwickeln oder suizidale Verhaltensweisen als das zu erkennen, was sie sind: Indikatoren für einen bevorstehenden vollendeten Suizid.

Um den Studienergebnissen eine höhere Validität und Aussagekraft zu verleihen, war ursprünglich vorgesehen, die Angaben der Hinterbliebenen um die Aussagen der jeweiligen ärztlichen Behandler zu erweitern. Gestellte Diagnosen, verordnete Medikation und die persönliche Einschätzung des Behandlers sollten den Angaben der befragten Angehörigen gegenübergestellt werden bzw. diese bestätigen, relativieren oder entkräften. Gründe, warum es zu dieser Behandlerbefragung nicht kam, werden im Kapitel 3.2. ausgeführt.

## 2. Einführung

Der Soziologe *Emile Durkheim* definierte den Suizidbegriff 1897 in seinem Werk „Le suicide“ folgendermaßen: „Man nennt Selbstmord jeden Todesfall, der direkt oder indirekt auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Opfer selbst begangen wurde, wobei es das Ergebnis seines Verhaltens im voraus kannte. Der Selbstmordversuch fällt unter dieselbe Definition, bricht die Handlung aber ab, bevor der Tod eintritt.“ [1a].

Durch die Literatur ziehen sich Begriffe wie *Suizid, Selbstmord, Freitod, Parasuizid, erweiterter Suizid, kollektiver Selbstmord, vorsätzliche Selbstschädigung*.

Wo die Bezeichnung Selbstmord ein eher negativ-vorwurfsvoll gefärbter und moralistischer Terminus ist, der im Sinne der juristischen Morddefinition die Heimtücke des Vorganges und das verbrecherische Element hervorhebt, so steht der Begriff Freitod als Kontrast dem Selbstmord mit seiner romantisierend-verklärenden Charakteristik als verharmlosend und positivistisch gegenüber. Autoren, die sich entschieden haben, den Freitodbegriff zu verwenden, unterstreichen die Eigenschaft des Suizids als freie Willensentscheidung eines Menschen [2]. Dass Menschen auch unfreiwillig Suizid begehen können, da sie aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung die Realität verkennen, wird bei der Begriffswahl „Freitod“ nicht berücksichtigt.

Der aus dem Lateinisch von „*sui caedere*“-*sich töten*- und „*sui cidium*“-*Selbsttötung*-abgeleitete Begriff Suizid erscheint uns wegen seiner Herkunft aus einer anderen Sprache wertneutraler als Selbstmord oder Freitod und soll daher in der vorliegenden Arbeit fortan verwendet werden (*Moskaletz, 2003*) [3]

Im psychiatrischen Bereich wird die Bezeichnung „parasuizidale Handlung“ für eine vordergründig suizidale Handlung angewendet, die jedoch mehr einen appellativen Charakter aufweist als die tatsächliche Intention, das eigene Leben durch einen Suizid zu beenden. Parasuizidale Handlungen sind als Alarmsignal oder als Hilferuf des Betroffenen aufzufassen, auf gewisse Krisensituationen oder Überforderungen hinzuweisen, die nicht anders verbalisiert werden konnten. Kennzeichnend für die parasuizidale Handlung ist das Nichtherbeiführen des Todes. Wenn die Motive mit dem Betroffenen im Nachhinein besprochen werden können, sich dabei die Hinweise verdichten, dass eine ursprüngliche Vollendung des Suizids entgegen vorheriger anders lautender Aussagen des Betroffenen nicht wirklich intendiert war oder die suizidale Handlung in ihrer Schwere für eine lebensbedrohliche Gefährdung nicht ausgereichend war, dann sollte das Vorliegen einer parasuizidalen Handlung in Betracht gezogen werden. Potentiell selbstschädigendes und damit parasuizidales Verhalten beobachtet man häufig bei emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetypus. Dieses selbstverletzende Verhalten schließt nicht aus, dass ein Betroffener im Rahmen eines parasuizidalen Handelns nicht doch den Suizid vollendet, sei es akzidentell, versehentlich oder dass er aufgrund von Folgekomplikationen der Handlung verstirbt (z.B. nach Ingestion von Fremdkörpern oder Giftstoffen, arteriellen Blutungen bei selbstzugefügten Schnittwunden etc.).

Vom erweiterten Suizid spricht man, wenn einem Tötungsdelikt ein Selbsttötungsdelikt folgt. Fast immer wird vom Ausführenden die stillschweigende Zustimmung der zuerst getöteten Person/-en angenommen. Häufig handelt es sich bei den Erstbetroffenen um Schutzbefohlene oder enge Angehörige, die vom späteren Suizidenten zu Tode gebracht werden, der sich unmittelbar nach der Tötung des oder der Erstbetroffenen suizidiert. Beispiele für den erweiterten Suizid finden sich häufig in der Presse. Elternteile, die aufgrund eines Plans zum Suizid die eigenen Kinder nicht „zurücklassen“ und sie daher „mitnehmen“ wollen. Oder man

liest von Ehepaaren, bei denen der zum Suizid entschlossene Partner zuvor den jeweils anderen Partner auch ohne dessen ausdrückliche Zustimmung tötet. Suizidieren sich mehrere Menschen nach einer Verabredung oder gemeinsamen Absprache würde man hingegen vom „kollektiven Suizid“ sprechen.

Der Begriff Suizid ist bereits seit Jahrzehnten, wenn nicht gar Jahrhunderten, Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen, Studien und Theorien. Wissenschaftliche Arbeiten versuchen seit jeher, sich dem Phänomen des Suizids durch ein vielschichtiges Spektrum von Meinungen, Erklärungsansätzen, Beobachtungen und Definitionen anzunähern. Nicht nur medizinische Fachrichtungen wie die Rechtsmedizin, die Psychiatrie oder die Allgemeinmedizin werden bei ihrer Arbeit mit der Suizidalität anderer Menschen konfrontiert, sondern auch nicht-medizinische Disziplinen wie die Philosophie, Theologie und die Soziologie beschäftigen sich mit dem Hang des Menschen, in gewissen Situationen oder Befindlichkeiten das eigene Leben vorzeitig zu beenden. Zahlreich sind auch die Anzahl der Begriffe, die den Suizid umschreiben, suizidales Verhalten bewerten und auch die Motivation des Betroffenen implizieren.

Eine im Verhältnis zu den althergebrachten, sich mit dem Suizid auseinandersetzenden Disziplinen relativ junge Forschungsrichtung ist die *Suizidologie*, die Lehre und Wissenschaft vom Suizidgeschehen. Ältere Arbeiten der Suizidologie befassten sich noch überwiegend mit der Epidemiologie und der Demographie des suizidalen Menschen, die Aufschluss über die Motive und Beweggründe sowie das Suizidverhalten eines Menschen geben wollen. Neuere Ansätze in der Suizidologie erforschen die Reaktion des sozialen Umfeldes auf suizidales Verhalten, die Befindlichkeit der Hinterbliebenen und die Auswirkungen auf das eigene Suizidverhalten bzw. das Ansteigen des Suizidrisikos der Hinterbliebenen nach einem Suizid im direkten persönlichen Umfeld. Große Anstrengungen werden dabei auf die Entwicklung präventiver Konzepte ausgerichtet.

Die vorliegende Arbeit soll einen demographisch-epidemiologischen Überblick in das Suizidverhalten der Hamburger Bürger im Verlauf eines Jahres geben.

### 3. Material und Methoden

#### 3.1 Material

##### 3.1.1 Offizielle, veröffentlichte Daten: Suizide in Deutschland 2004

Im Jahre 2004 starben in Deutschland 10.733 Menschen durch Suizid. Davon waren 7.939 Männer und 2.794 Frauen, entsprechend einem prozentualen Anteil von 74% (Männer) gegenüber 26% (Frauen). Damit nimmt der Suizid in der offiziellen Todesursachenstatistik 2004 des Statistischen Bundesamtes [4] nach den Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, den bösartigen Neubildungen, dem Myokardinfarkt, Erkrankungen des Atmungssystems und den Erkrankungen des Verdauungssystems den sechsten Rang ein. Das Statistische Bundesamt klassifiziert Suizid als „Todesfall infolge von vorsätzlicher Selbstbeschädigung“, repräsentiert in der „International Classification of Diseases“ (ICD) in ihrer bislang aktuellen, zehnten Revision ICD-10 unter den Rubriken X60 bis X84.

Todesursachen 2004							
Deutschland							
Pos.Nr. ICD-10 <sup>1)</sup>	Todesursachen	Gestorbene 2004					
		insgesamt		männlich		weiblich	
		Anzahl	in %	Anzahl	%- Anteil an der Todes- ursache	Anzahl	%- Anteil an der Todes- ursache
A00-T98	Insgesamt	818 271	100,0	383 388	46,9	434 883	53,1
	darunter:						
C00-C97 I00-I99	Bösartige Neubildungen Krankheiten des Kreislauf- systems	209 329	25,6	111 013	53,0	98 316	47,0
I21-I22 J00-J99	Myokardinfarkt Krankheiten des Atmungs- systems	368 472 67 149	45,0 8,2	152 468 36 803	41,4 54,8	216 004 30 346	58,6 45,2
K00-K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	52 500	6,4	27 214	51,8	25 286	48,2
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	42 213	5,2	21 304	50,5	20 909	49,5
	darunter nach der äußeren Ursache (S00-T98):						
V01-V99 W00-W19	Transportmittelunfälle Stürze	6 087 7 913	0,7 1,0	4 438 3 433	72,9 43,4	1 649 4 480	27,1 56,6
<b>X60-X84</b>	<b>Vorsätzliche Selbst- beschädigung (Suizid)</b>	<b>10 733</b>	<b>1,3</b>	<b>7 939</b>	<b>74,0</b>	<b>2 794</b>	<b>26,0</b>

1) Nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10)

**Tabelle 1: Todesursachen 2004;** Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Laut der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes [5] hatte Deutschland im Jahre 2004 insgesamt 82.501.000 Einwohner, davon waren 40.354.000 männlichen und 42.147.000 weiblichen Geschlechtes. Mit diesen Daten als Grundlage errechnet sich eine Suizidrate (Anzahl der Suizide pro 100.000 Einwohner) für Gesamtdeutschland von 13,0, die Suizidrate für Männer in Deutschland 19,7 und die für Frauen 6,6.

Gesamt-Bewohner 2004	Bewohner Männlich	Bewohner Weiblich	Suizide 2004	Suizidrate 2004	Anzahl Suizide Männlich [%]	Suizidrate Männer	Anzahl Suizide Weiblich [%]	Suizidrate Frauen
82.501.000	40.354.000	42.147.000	10.733	13,0	7.939 [73,9]	19,7	2.794 [26,1]	6,6

Tabelle 2: Suizidrate Deutschland 2004; Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Die Suizidrate errechnet sich wie folgt:

$$\text{Suizidrate} = [\text{Anzahl Suizide} / \text{Anzahl Bewohner} \times 100.000]$$

Sie erlaubt einen besseren Vergleich zwischen Staaten oder Bundesländern mit unterschiedlich großer Bevölkerung. Die Suizidrate ist vergleichbar mit der Inzidenz somatischer Erkrankungen. Sie besagt, wie viele Bewohner gerechnet auf 100.000 Einwohner im Verlaufe eines Jahres an einer gewissen Erkrankung zum ersten Mal erkranken. Ist die Bevölkerung eines Landes statistisch bekannt, so lassen sich auch Aussagen über die Inzidenz/Suizidrate einer bestimmten Altersgruppe treffen, was im Falle der Suizidforschung besonders die Einwohner ab 70 Jahre betreffend interessant ist.

So ist zum Beispiel die gesamtdeutsche Suizidrate in den letzten Jahren konstant rückläufig:

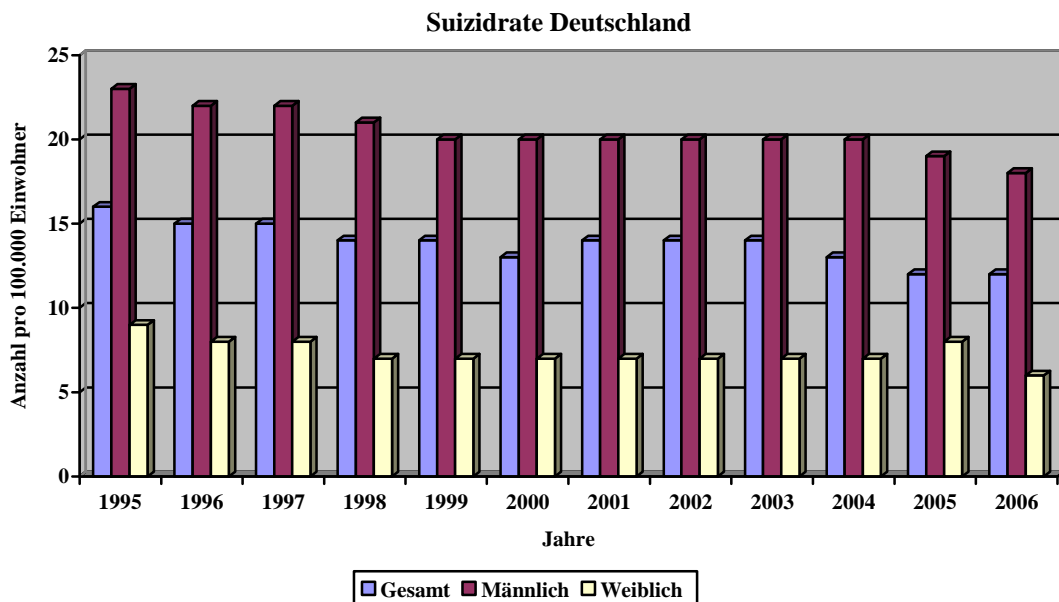


Diagramm 1: Suizidrate in Deutschland 1995-2006; Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung

Trägt man die im Statistischen Bundesamt vorliegenden Daten gegen die Altersgruppen auf, so erkennt man einen deutlichen Anstieg der Suizidrate ab dem 70. Lebensjahr, wovon der größte Teil der Suizidenten männlichen Geschlechts war:



### Suizidraten nach Alter Deutschland 2004

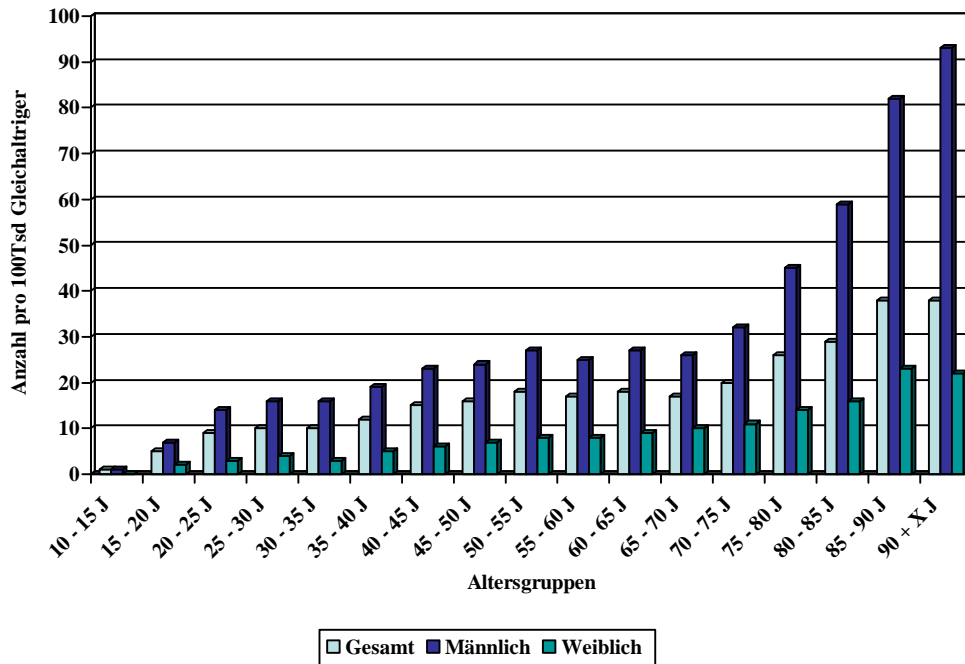


Diagramm 2: Suizidrate Gesamtdeutschland 2004 nach Altersgruppen; Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung

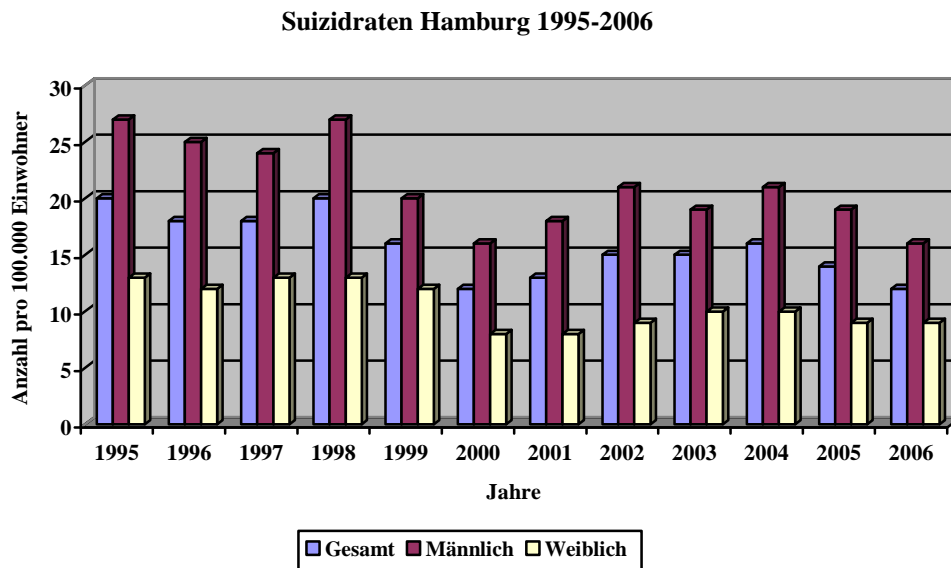
### 3.1.2 Offizielle, veröffentlichte Daten: Suizide in Hamburg 2004

Auch für die Hansestadt Hamburg liegen für den Beobachtungszeitraum vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2004 Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein vor [6]. Diese besagen, dass in der Hansestadt Hamburg in dieser Zeit 271 Menschen durch Suizid starben, davon 178 Männer und 93 Frauen. Die sich daraus ergebene Suizidrate für Hamburg im Jahre 2004 beträgt auf Grundlage der offiziellen Bevölkerungszahlen [7] 15,6 Suizide pro 100.000 Einwohner. Geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt ergibt sich eine Suizidrate für Hamburger Bürger männlichen Geschlechts von 21,1 und weiblichen Geschlechts von 10,4.

Bewohn. Hamburg 2004	Bewohn. Männlich	Bewohn. Weiblich	Suizide 2004	Suizidrate 2004	Suizide Männlich	Suizidrate Männer	Suizide Weiblich	Suizidrate Frauen
1.743.830	843.580	891.250	271	15,6	178	21,1	93	10,4

Tabelle 3: Suizidrate Stadt Hamburg 2004; Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Zum Vergleich die Hamburger Suizidraten der Vorjahre:

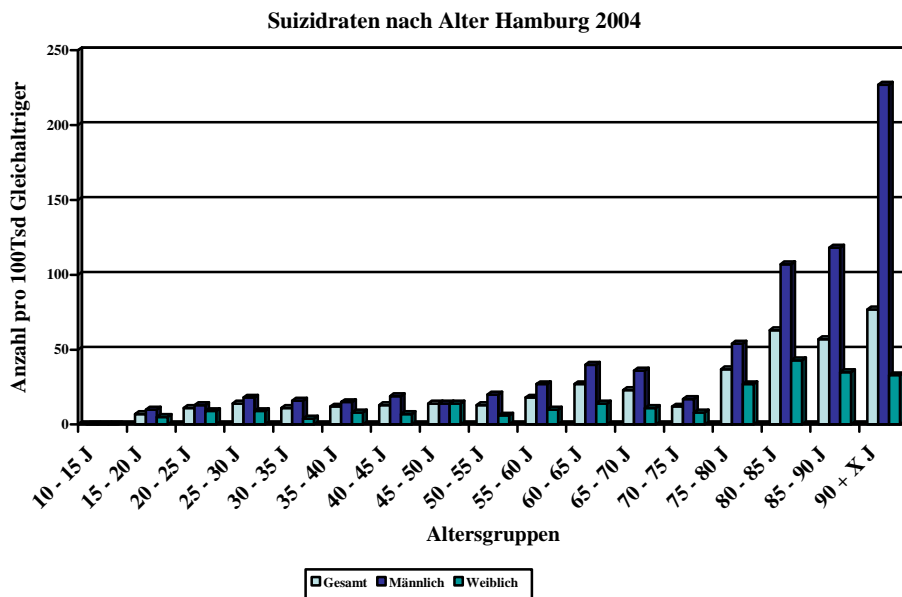


**Diagramm 3: Suizidraten der Hansestadt Hamburg 1995-2006;** Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Die Geschlechtsverteilung der offiziellen Suizidzahlen in der Hansestadt Hamburg entspricht mit 65,7 % Männeranteil und 34,3 % Frauenanteil nicht ganz dem offiziellen Bundesverhältnis. Dabei hält die Hansestadt im Vergleich zu den Vorjahren ihre Suizidzahlen relativ konstant (z.B. 2003: 254 Suizide, 63,8 % Männer, 36,2 % Frauen). Mit einer Suizidrate von etwa 14 rangierte die Hansestadt Hamburg im Mittelfeld der Bundesländer, zuletzt 2003 auf Rang 8 hinter Sachsen, Bremen, Thüringen, Schleswig-Holstein, Brandenburg, Berlin und Sachsen-Anhalt.

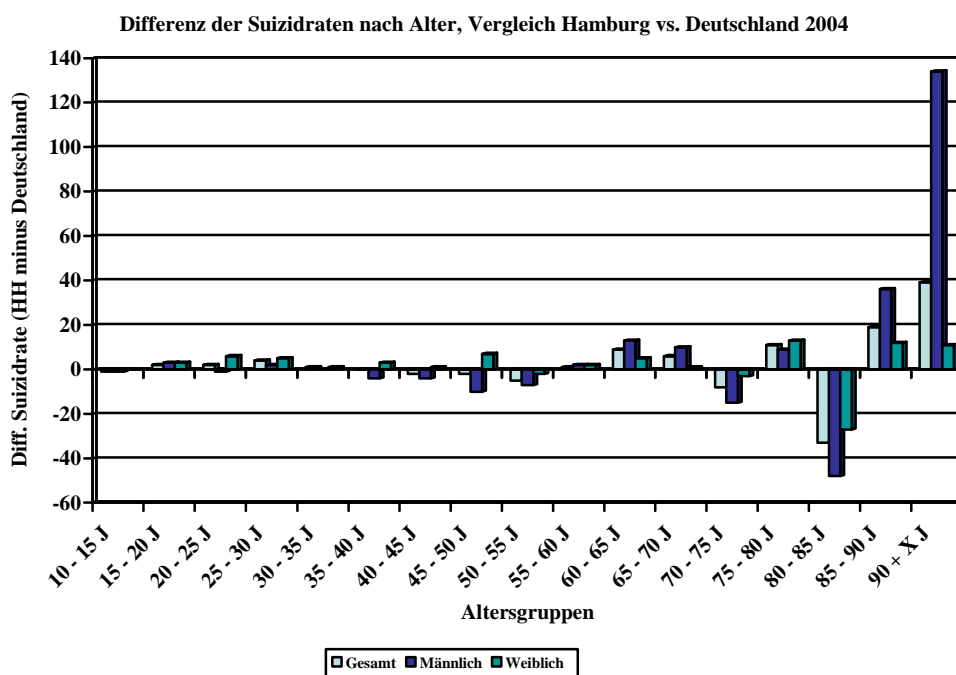
In den Folgejahren 2005 und 2006 war die Anzahl der Suizidfälle und die Höhe der Suizidrate weiter rückläufig. 2005 verzeichnete das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein eine Gesamtsuizidzahl von 240 Suiziden, verteilt auf 163 Männer und 77 Frauen, was einer Gesamtsuizidrate von 13,8 (Männer 19,2, Frauen 8,6) entspricht. 2006 waren es nur noch insgesamt 217 Suizide, 133 männliche und 84 weibliche Fälle. Die Suizidrate sank damit weiter auf 12,4 (Männer 15,6, Frauen 9,3).

Die Suizidrate der Hamburger Bürger, hier den Altersgruppen zugeteilt:



**Diagramm 4: Todesfälle infolge von vorsätzlicher Selbstbeschädigung in Hamburg 2004 nach Altersgruppen;** Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Vergleicht man die altersgruppenspezifischen Suizidraten von Hamburg mit den gesamtdeutschen Zahlen, dann erkennt man deutliche Differenzen in den höheren Altersgruppen ab 70 Jahren. So lag die Suizidrate bundesweit zwischen dem 70. und 75. Lebensjahr genauso über dem Durchschnitt der Freien und Hansestadt Hamburg wie in der Gruppe der 80 bis 85-jährigen. Ansonsten lagen die Suizidraten der Hamburger Bürger jenseits des 60. Lebensjahres über dem Bundesdurchschnitt.



**Diagramm 5: Differenz der Suizidraten nach Alter Hamburg/Deutschland 2004 im direkten Vergleich;** Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein und Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung

### 3.2. Methoden: Herkunft des Datenmaterials und der Prozess der Datenaquise

Notwendig zur Durchführung der Studie war die Erfassung aller Todesfälle, die ins Institut für Rechtsmedizin (IfR) am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) verbracht wurden und deren Sektionsantrag als Todesursache „Suizid“ oder „fraglicher Suizid“ auswies. Alle Anträge wurden zunächst zentral gesammelt und dann auf polizeiliche Hinweise nach Hinterbliebenen untersucht.

Der Sektionsantrag ist ein internes Dokument des Instituts für Rechtsmedizin, ähnlich dem eines Aufnahmeprotokolls einer Krankenhaus-Notaufnahme, welches persönliche Daten der/des Verstorbenen wie Name, Geschlecht, Geburts- und Todesdatum (bei Unkenntnis eines exakten Todesdatums alternativ das Auffindedatum), Adresse und Todesart sowie Hinweise auf Familienangehörige und deren postalische Anschrift oder Telefonnummer aufführt. Darüber hinaus sind auf dem Sektionsantrag vermerkt: Angaben von Angehörigen, Ärzten oder der Polizei über die Auffindsituation, Körperhaltung, Tathergang, Informationen zur Krankheitsanamnese, Beruf der/des Verstorbenen oder ähnliches, was zur Klärung der Todesursache beitragen könnte. Außerdem finden sich auf dem Sektionsantrag hausinterne Dokumentationsangaben des IfR wie Sekant (für die Sektion vorgesehener Mitarbeiter des IfR), Sektionsgehilfe, involviertes Bestattungsunternehmen und LKA-Sachbearbeiter, die mit dem Fall betraut sind.

Die Hinterbliebenendaten auf dem Sektionsantrag werden für gewöhnlich von Mitarbeitern des Landeskriminalamtes (LKA) ermittelt und an das IfR weitergeleitet. Eine ungeklärte oder nicht natürliche Todesursache ist Voraussetzung zum Verbringen des Leichnams ins Institut für Rechtsmedizin. Wenn es bei einer innerhalb von Hamburgs Stadtgrenzen aufgefundenen Leiche keine eindeutige natürliche Todesursache gibt, sondern vielleicht Hinweise auf eine zum Tode führende Fremdeinwirkung oder ein Verbrechen vorliegen, dann kann das LKA Hamburg im Verdachtsfall auch ohne die ausdrückliche Zustimmung der nächsten Familienangehörigen bei der Staatsanwaltschaft Hamburg und den zuständigen Amtsgerichten eine Sektion zur Todesursachenklärung anregen. Für den Fall, dass das LKA kein Interesse an einer Sektion hat und den Leichnam zur Bestattung freigibt, können als nächstes die Familienangehörigen einer Sektion zustimmen. Um die Familienangehörigen diesbezüglich befragen zu können, sind die Kontaktdaten der ermittelten Familie auf dem Sektionsantrag notiert.

Im Zentrum dieser Studie sollte die Befragung der hinterbliebenen Familienangehörigen stehen, deren ins IfR verbrachte Verwandte folgende Voraussetzungen erfüllen:

- 1) Suizidenten, die in der Hansestadt gemeldete Bürger waren und die auch innerhalb der Hamburger Stadtgrenzen aufgefunden wurden
- 2) Bei diesen Betroffenen lag ein gesicherter vollendeter Suizid vor oder war anhand von Auffindsituation, Abschiedsbriefen oder der Krankheitsanamnese stark anzunehmen
- 3) Das Todes- oder Auffindedatum, welches auf dem Sektionsbericht vermerkt war, lag im Beobachtungszeitraum 1. Januar - 31. Dezember 2004

Als primäres Einschlusskriterium für die Rekrutierung der Fälle galten die auf dem Sektionsantrag angegebenen Vermerke zur vermuteten Todesursache („SUIZID“ oder „FRAGLICHER SUIZID“). Dazu zählen suizidtypische Auffindsituationen wie z.B. bei der Leiche liegende Medikamentenverpackungen, leere Tablettenblister, intravenöse Spritzenbestecke, um den Hals geknotete Strangwerkzeuge, mutmaßlich selbst zugefügte Schnittverletzungen am Körper oder abgefeuerte Schusswaffen. Diese Fälle wurden separat gesammelt und auf ihre Verwendbarkeit für die Studie überprüft.

Wenn sich aus dem Sektionsantrag nur ein fraglicher Suizid ableiten ließ, so wurde in der institutsinternen Dokumentation nachgesehen, ob dieser Fall in der Folge im Institut für Rechtsmedizin seziert wurde. Eine Sektion hilft durch die erhobenen Befunde und toxikologischen Untersuchungen bei der Entscheidung, ob tatsächlich ein Suizid oder doch eine natürliche Todesursache vorlag. Auf diese Weise ließ sich ein anfangs als Suizid eingestuft Fall sicher den natürlichen Todesfällen zuordnen und wurde damit von der Studie ausgeschlossen. In einem anderen Fall wurde erst im Angehörigengespräch deutlich, dass der Verstorbene an einem bekannten Schlafwandler-Syndrom (Somnambulismus) litt und der zum Tode führende Fenstersturz vermutlich ein Unfall war. Da dieser Fall nicht eindeutig als Suizid eingestuft werden konnte, wurde er aus der Studie ausgeschlossen. Wenn bei einem fraglichen Suizid anschließend keine Sektion oder Toxikologie durchgeführt wurde, keine eindeutige Todesursache gefunden wurde, es aber dennoch Hinweise für ein suizidales Geschehen gab (Auffindesituation, Suizidankündigungen oder Suizidversuche in der Vorgeschichte, langjährige Depression etc.), dann wurden diese Fälle in der Studie belassen. Da ein Suizid in diesen Fällen zumindest nicht völlig ausgeschlossen war, wurde bei ihnen die Suizidmethode „unklar/keine Angabe“ vergeben.

Diese Art der Fallrekrutierung unterliegt sicherlich einem gewissen Risiko der Fehleinschätzung. Andererseits bewegt sich die Studie in einer Grauzone, die bereits mit einer hohen Dunkelziffer unerkannter Fälle behaftet ist und es wäre ein größerer Fehler, die unklaren, aber mutmaßlichen Suizidfälle aus der Studie auszuschließen.

Um für die Studiendurchführung das genaue Alter der Suizidenten zum Todeszeitpunkt errechnen zu können, wurde das auf dem Sektionsantrag angegebene Geburtsdatum dem Todesdatum gegenübergestellt. War den auf dem Sektionsantrag kein exaktes Sterbedatum vermerkt, dann wurde das angegebene Auffinddatum als erster sicherer Beweis des Ablebens als mutmaßliches Todesdatum angesehen und als Grundlage für die Altersbestimmung hinzugezogen.

Die Durchführung dieser Studie basierte auf der Erstellung eines Fragebogens, welcher möglichst detailliert die biographischen und sozialen Daten genauso wie die Krankheitsgeschichte des/der Verstorbenen erfassen sollte. Wenn eine geschlossene Frage mit Ja beantwortet wurde, konnte in einer darauf folgenden Frage die Angabe spezifiziert werden. Der Hinterbliebenen-Fragebogen wurde konzipiert und mehrfach überarbeitet, bis er in seiner endgültigen Fassung folgende Teilbereiche abfragte:

Biographische Daten (abgefragte Variablen in eckigen Klammern):

- Familienstand
  - [Ledig/verwitwet/geschieden/getrennt lebend/ein- oder mehrmals verheiratet/gesetzlich zusammenlebend]
- Haushaltszusammensetzung
  - [Alleinlebend (mit und ohne Kinder)/mit Partner lebend (mit und ohne Kinder)/bei den Eltern lebend/bei anderen Verwandten lebend/in einer Einrichtung lebend]
- Schulbildung
  - [höchster Schulabschluss]
- Berufsqualifikation
  - [An- und ungelernter Arbeiter/abgeschlossene Berufsausbildung/Angestelltenverhältnis/Verbeamtung/Selbständigkeit/Unternehmertum]

- Arbeitssituation zum Todeszeitpunkt
  - [Arbeitslosigkeit/längerwährende Krankschreibung/Studium/Berufstätigkeit/Hausfrau/Rente/Pension]
  - [bei Arbeitslosigkeit Dauer in Wochen/Monaten/Jahren]

#### Soziale Daten:

- Letzter Kontakt zur/zum Verstorbenen
  - [in Stunden/Tagen/Wochen/Jahren]
- Familiäres Verhältnis zur/zum Verstorbenen
  - [Verwandtschaftsgrad]
- Finanzielle Situation des Verstorbenen nach Einschätzung der befragten Personen

#### Krankheitsanamnestische Daten:

- Körperliche Vorerkrankungen oder Grundleiden
- Fachärztliche Versorgung und jeweilige Dauer
  - [Fachrichtung]
- Krankenhausaufenthalte während der letzten 3 Jahre
  - [wo/Fachrichtung/Aufenthaltsdauer]
- Körperliche Mobilität zum Todeszeitpunkt
  - [selbständig mobil/assistent mobil/Bettlägerigkeit]
- Psychotherapeutische Behandlungen
- Umgang mit Sucht- und Rauschmitteln
  - [Art der konsumierten Stoffe/Dauer des Konsums/ungefähre tägliche Menge]

#### Suizidspezifische Fragen:

- Suizide bei Familienangehörigen der/des Verstorbenen
  - [Verwandtschaftsgrad/Datum oder Jahr des Suizids/Art des Suizids]
- Vermutete, suizidauslösende Anlässe
- Suizidankündigungen oder Äußerungen von Suizidgedanken
  - [wann zuerst/wann zuletzt in Tagen/Wochen/Monaten/Jahren]
- Versuche, Hilfsangebote der Suizidprävention zu nutzen
  - [Institutionen/Anzahl der Kontakte/vereinbarte Gespräche]
- Suizidversuche
  - [Anzahl/wann zuerst/wann zuletzt/Methoden/bestand Lebensgefahr/folgte Krankenhausbehandlung]

Als Orientierung zur Erstellung des Fragebogens diente der „Monitoring-Bogen Suizidversuche, Hamburg-Version“ des Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS) am UKE, welcher im Rahmen der Monitoring-Studie des „*WHO - European Network on Suicide Research and Prevention*“ verwendet worden war. Fragen zum Familienstand, zur Lebensgemeinschaft, Haushalts- und Familienzusammensetzung, Schulbildung, Berufsqualifikation, Arbeitssituation zum Zeitpunkt des Todes und Dauer einer möglichen Arbeitslosigkeit wurden vollständig aus diesem Fragebogen übernommen.<sup>1</sup>

Zur Frage nach der Suizidmethode wurde eine Liste von typischen Todesursachen erstellt, denen die jeweilige Suizidart zugeordnet wurde. Dazu gehörten neben dem Erhängen, dem Tod durch Schusswaffengebrauch, den diversen Intoxikationen, dem Sprung oder Sturz aus der Höhe, der Überfahung, dem Ertrinken, der Zufügung von Schnitt- oder Stichwunden, dem Ersticken, der Strangulation und dem Verwenden von thermischer sowie physikalischer

---

<sup>1</sup> siehe Anhang (Kapitel 8.2)

Methoden (wie Selbstverbrennung oder Tod durch Strom) auch die nicht primär als Suizidmethode geltende Verweigerung weiterer medizinischer Behandlung. Es sei hier betont, dass die Aufnahme dieser Antwortmöglichkeit in die Liste der Suizidmethoden ausdrücklich nicht das in Patientenverfügungen festgelegte Recht eines selbstbestimmten Sterbens in Frage stellt. Sie basiert auf der Annahme, dass das aktive Entfernen von Beatmungsschläuchen oder Infusionsleitungen in Krankenhäusern einen selbstverletzenden Aspekt beinhaltet, ein mögliches Versterben in Kauf genommen wird. Auch haben verschiedene Suizidenten eine indizierte medizinische Behandlung (Operation, Amputation etc.) abgelehnt und sich in der Folge des weiteren Krankheitsverlaufs suizidiert. Insofern wurde für diese Studie die „Verweigerung weiterer medizinischer Behandlung“ als vorsätzliche Selbstschädigung oder zum Suizid führender Umstand eingestuft und im Fragebogen als Antwortmöglichkeit angeboten.

Bei Fragen nach bekannten Vorerkrankungen wurden anschließend die Namen der behandelnden Haus- und Fachärzte abgefragt, die die Diagnosen eventuell bestätigen könnten. Fragen nach an der Behandlung der/des Verstorbenen beteiligten Ärzte, Psychotherapeuten oder Pflegedienste wurden immer auch mit der Frage verbunden, ob die Bereitschaft des/der Hinterbliebenen bestehe, ein Formular zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zu unterschreiben. Da diese auch mit dem Tod des Patienten nicht erlischt, bedurfte eine mögliche Befragung der behandelnden Ärzte einer schriftlichen Erlaubnis durch die nächsten Angehörigen (Sohn/Tochter/Vater/Mutter/Ehefrau/Ehemann). Von einigen Befragten konnte diese Schweigepflichtsentbindung eingeholt werden.

Geplant war eigentlich, im Rahmen der Studie Hausärzte und Behandler der Verstorbenen zur Erhebung medizinisch gesicherter Daten wie Diagnosen, Krankheitsverläufe, Medikation und Hinweise auf mögliche Anzeichen von Suizidalität der Patienten heranzuziehen. Die Durchführung dieser Behandlerbefragung scheiterte jedoch am teilweise erheblichen Zeit- und Kostenaufwand für die in Frage kommende Ärzteschaft bei gleichzeitigem Mangel an zur Verfügung stehenden Geldmitteln, die zur Aufwandsentschädigung hätten eingesetzt werden können. Selbst wenn ein finanzieller Anreiz die Beteiligung der ärztlichen Kollegen gefördert hätte, so wären die Ergebnisse bereits wegen der geringen Anzahl von nur knapp 20% unterschriebener Schweigepflichtsentbindungen für die Gesamtheit des Fallkollektivs nicht repräsentativ gewesen. Durch den Wegfall der ärztlichen Angaben aus dem geplanten Studiendesign basieren folglich alle Studienergebnisse auf Informationen von medizinischen Laien, was letztlich eine Objektivierung der Grunderkrankungen und Komorbiditäten unmöglich macht.

Die in der Befragung genannten Erkrankungen wurden in Anlehnung an das ICD-System der Erkrankungen verschiedenen Gruppen zugeordnet, die sich von der herkömmlichen medizinischen Klassifikation teilweise lösen. Um die Vielzahl der Erkrankungen übersichtlicher zu gestalten wurden affektive, psychotische, ängstliche/neurotische Syndrome sowie Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen unterschieden. So wurde zum Beispiel das pathologische Glücksspiel den Süchten zugeordnet, welches nach ICD10 eigentlich eine „Abnorme Gewohnheit“ und keine herkömmliche Sucht darstellt.

Fragen zur Nationalität der/des Suizidenten waren zum Zeitpunkt der Befragungen noch nicht Teil des Fragekatalogs. Als sich bei der Auswertung jedoch die Frage nach der Zusammensetzung des Gesamtkollektivs hinsichtlich der Nationalitäten stellte, um Rückschlüsse auf das Suizidverhalten in Deutschland ansässiger Ethnien ziehen zu können, wurden die im Sektionsantrag üblicherweise vermerkten Geburtsorte der Suizidenten zur Grundlage einer groben Zuordnung der Herkunft gemacht. Daraus ließ sich zwar nicht die

zum Todeszeitpunkt besessene Staatsbürgerschaft ableiten, wohl aber eine Prägung des späteren Suizidenten durch seinen soziokulturellen Hintergrund.

Die erste Kontaktaufnahme mit den Hinterbliebenen zum Zwecke der Befragung wurde unter Rücksichtnahme auf die besondere Ausnahmesituation, in der sich Familienangehörige nach einem Suizid eines Verwandten üblicherweise befinden, mit einem Abstand von 6 – 8 Wochen nach dem Ableben angesetzt, um eine gewisse Distanz des Befragten zum Geschehen und eine sachliche Gesprächsbereitschaft zu ermöglichen.

Insgesamt wurden bei allen Hinterbliebenen, deren Kontaktdaten im Sektionsantrag aufgeführt waren, mindestens drei und maximal fünf telefonische Kontaktaufnahmen versucht. Nachdem sich der Befragte vorgestellt und die Hintergründe des Anrufes dargelegt hatte, kam es für gewöhnlich zur Erläuterung der Aufgabenstellung der Studie und zur Frage, ob eine weitere Befragung akzeptiert werde. In einigen Fällen wurde der Befragte gebeten, den Fragebogen per Post zuzusenden, um sich den Fragen in Ruhe widmen zu können. Andere Befragte stimmten einer Telefonbefragung zu, wenn auch zu einem späteren Zeitpunkt, sodass ein erneuter Anruftermin vereinbart wurde. Nicht immer kam es dann zu einer erfolgreichen neuerlichen Kontaktaufnahme. Diejenigen Angehörigen, die sich bereits im Erstkontakt gegen eine Befragung aussprachen oder sich dieser nicht gewachsen sahen, wurden danach nicht mehr angerufen.

Kam nach spätestens fünf Kontaktversuchen kein Erstkontakt zustande oder wurde keine Gesprächszusage erteilt, so wurde dieser Kontakt als „nicht erreichbar/kein Gespräch erwünscht“ markiert und den unbefragten Fällen zugeordnet. Insofern versammelt die Kategorie der unbefragten Fälle alle Kontakte, deren Kontaktdaten nicht ermittelbar waren, deren Gesprächspartner für eine Befragung nicht zur Verfügung standen oder die nach anfänglicher Bereitschaft und Vereinbarung eines Gesprächstermins nicht erneut erreicht werden konnten. Wie sich die Gruppe der Nichtbefragten zusammensetzte, wie viele Angehörige keine Befragung wünschten etc. ist ausführlich im Ergebnisteil aufgelistet.

Die Datenbank für die Auswertung wurde mit Microsoft™ EXCEL Version 10.2 erstellt. Zur Auswertung der Fragebögen wurde für jedes Item des Fragebogens eine Tabellenspalte reserviert, in welcher den vorgegebenen Antwortoptionen Zahlenwerte zugeteilt wurden (JA=1, NEIN=2, WEIß NICHT=3, KEINE ANGABE=0) oder bei offenen Fragen die gegebenen Antworten eingetragen werden konnten. Jeder Tabellenzeile wurde ein gelisteter Fall zugeordnet, sei es nach einem geführten Interview, oder aber bei Nichtzustandekommen eines Interviews die Grunddaten vom Sektionsantrag des entsprechenden Falles. Jeder Fall wurde zur Anonymisierung mit einer laufenden dreistelligen Code-Nummer versehen, die nur dem Befragten und gleichzeitig Auswerter die Rückverfolgung auf das ursprüngliche Datenmaterial ermöglichte.

Auf Grundlage dieser so erstellten Datenbank war es möglich, mittels einer deskriptiven tabellarischen Darstellung Aussagen über Geschlechtsverteilungen und Altersgruppen zu den jeweiligen Fragestellungen zu treffen.

Um die Zusammenfassung der Daten einfacher zu gestalten, wurden die Variablen mittels der AutoFilter-Funktion ein- bzw. ausgeblendet.

Die dem folgenden Unterkapitel 3.4. zugrunde liegende Prüfung der Repräsentativität der Stichproben wurde anhand von Chi-Quadrat- und Mann-Whitney-Tests in SPSS 15.0 erstellt.

Die in der Studie ermittelten Daten, Tabellen und Ergebnisse, die nicht graphisch im Text abgebildet sind, sondern nur erwähnt oder beschrieben wurden, sind der Vollständigkeit halber im Abschnitt 8.3 des Anhanges detailliert nachzuvollziehen.

Ebenfalls im Anhang aufgeführt findet sich eine Sammlung von 20 Kasuistiken, die einen kurzen prägnanten Eindruck der „Schicksale hinter den Zahlen“ vermitteln sollen. Die Fälle



sind nicht nach besonderen Kriterien ausgewählt worden, folgen also keiner speziellen Systematik. Die Intention dieser Kasuistik war eher, exemplarisch die vielfältigen Biographien und Lebensumstände der Risikogruppe zu veranschaulichen.

Alle während des gesamten Arbeitsprozess erhobenen Personendaten wurden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen behandelt. Alle Daten, Sektionsprotokolle, Sektionsanträge und Fragebögen, die Rückschlüsse auf die Identität der Beteiligten zulassen könnten, wurden vor der Auswertung anonymisiert und nach Abschluss der Arbeit im Institut für Rechtsmedizin der Vernichtung zugeführt.

### **3.3. Anmerkungen zur Gliederung des Ergebnisteils**

Der im Kapitel 4 zusammengefasste Ergebnisteil ist in verschiedene Unterkapitel gegliedert. Das Unterkapitel 4.1 führt zunächst Erkenntnisse über Geschlecht und Alter aller registrierten Suizidfälle auf, die aus der im Institut für Rechtsmedizin erfassten Dokumentation abgeleitet werden konnten. Die dann folgend angewendeten Ausschlusskriterien ergeben das neue Kollektiv der „Grundgesamtheit“, d.h. alle zusammengefassten Fälle, unabhängig davon, ob Hinterbliebene dieser Fälle befragt werden konnten oder nicht („Befragte“ und „Unbefragte“). Alle drei Gruppen werden in diesem Unterkapitel genauer definiert, um Missverständnisse in der Bezeichnung zu vermeiden. Weiter werden das Alter und das Geschlecht aller drei Kollektive miteinander verglichen.

Im Kapitel 4.2 werden die Todes- oder Auffindezeitpunkte der Grundgesamtheit, der Befragten und der Unbefragten den Jahresquartalen zugeordnet, miteinander abgeglichen und auf saisonale Häufungen untersucht.

Die Wahl der Suizidmittel ist Thema des Kapitels 4.3. Auch hier wurden die Grundgesamtheit, die befragten und die unbefragten Fälle in Geschlechts- und Altersgruppen unterteilt, um Präferenzen einzelner Altersstufen in der Wahl der Suizidmittel hervorzuheben. Bei der Erläuterung der kombinierten Suizidmethoden wurden lediglich die Daten der Grundgesamtheit angeführt, da sich aus den befragten Fällen nur eine sehr geringe Anzahl von kombinierten Suizidmethoden ableiten ließ.

Das Kapitel 4.4 ist der Demographie gewidmet. Hier werden die Nationalitäten der Suizidenten, der Familienstand, die Art der Haushaltszusammensetzung, die Form der Lebensgemeinschaft und die finanzielle Situation der Betroffenen abgehandelt. Während die Nationalitäten der Suizidenten aus den Daten der Grundgesamtheit gewonnen wurden, sind alle restlichen Kriterien Befragungsergebnisse. Auch das folgende Unterkapitel 4.5 konnte nur aufgrund der Interviews erstellt werden. Hier werden die Schulbildung und der erlernte Beruf sowie das Arbeitsverhältnis zum Todeszeitpunkt eingehender beleuchtet und den beiden Geschlechtern zugeordnet. Um die hohe Anzahl berenteter Suizidenten unter den befragten Fällen auf ihre Repräsentativität zu überprüfen, wird in diesem Kapitel anhand der Altersangaben der Grundgesamtheit auf die zu erwartende Anzahl berenteter Suizidenten geschlossen.

Für das Kapitel 4.6 wurden die Suizidhistorie des Betroffenen, die geäußerten Suizidabsichten und die Anzahl eventueller Suizidversuche abgefragt. Die in der Befragung ermittelten Prozentsätze von Suizidankündigungen und Suizidversuchen wurden zur Veranschaulichung auch auf die Grundgesamtheit angewandt, um hochzurechnen, wie viele Suizidversuche zu erwarten gewesen wären, wenn alle Fälle der Grundgesamtheit der Befragung zur Verfügung gestanden hätten.

Das Kapitel 4.7 erfasst die in den Interviews genannten Vorerkrankungen, die psychischen Erkrankungen und die von den Befragten vermuteten Auslösefaktoren, die zum Suizid des/der Betroffenen geführt haben könnten. An psychischen Vorerkrankungen wurden einerseits die

Interviewaussagen verwendet, separat dazu aber auch die in den Sektionsanträgen bzw. -protokollen erwähnten Angaben der Unbefragten und letztlich der Grundgesamtheit. Die folgenden zwei Kapitel, Kap. 4.8. und 4.9. orientieren sich streng an den in den Befragungen erhobenen Daten zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe, psychotherapeutischer Behandlungen sowie zum Suchtmittelkonsum der Suizidenten. Die im Kapitel 4.10. abgehandelten Themen wie Krankenhausaufenthalte, prä- und poststationäre Suizide wurden um Fälle aus der Grundgesamtheit erweitert, die anhand ihres Auffindeortes erkennbar in einer Institution des Gesundheitswesens oder des polizeilichen Gewahrsams verstarben.

Im letzten Kapitel des Ergebnisteils (4.11) werden die Zahlen des Instituts für Rechtsmedizin den Zahlen der offiziellen Suizidstatistik der Hansestadt Hamburg gegenübergestellt und miteinander verglichen. Anhand dieses Vergleichs sollte überprüft werden, ob sich die Zahlen der offiziellen Einwohner-Suizidstatistik des statistischen Landesamtes mit den Daten aus dem Institut für Rechtsmedizin decken, oder ob es Abweichungen zwischen den Daten dieser zwei Institutionen gibt. Im Falle von gravierenden Abweichungen sollten Erklärungsansätze für das Zustandekommen dieser Unterschiede diskutiert werden.

### **3.4. Statistische Signifikanz des Untersuchungsmaterials**

Da nur eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit für eine Befragung zur Verfügung stand, wurden die beiden Gruppen (Grundgesamtheit und befragte Fälle) auf ihre statistische Signifikanz hin überprüft. Dabei wurden das Geschlecht, das Alter und die jeweilige angewandte Suizidart beider Gruppen untereinander verglichen, um Information zu erhalten, ob Rückschlüsse des befragten Kollektivs auf die Gesamtheit der Gruppe erlaubt seien.

Die Nicht-Befragten der Grundgesamtheit waren im Mittel 10 Jahre jünger als die Befragten, was bereits eine Schwierigkeit beim Vergleich der Gruppen andeutete. Die Unbefragten waren im Mittel 51,3 Jahre alt ( $\pm 1,7$  Jahre), während die Befragten im Mittel 61,5 Jahre ( $\pm 2,7$  Jahre) alt waren. Hier war der Unterschied mit  $p=0,001$  (Mann-Whitney-Test) statistisch signifikant.

Wird die Repräsentativität der angewandten Suizidarten zwischen befragter Gruppe und der Grundgesamtheit überprüft, so ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen. Der p-Wert nach Pearson liefert  $p=0,035$ .

Die befragte Gruppe ist also in ihrer Zusammensetzung weder vom Alter her repräsentativ für die Grundgesamtheit, noch ist die Wahl der Suizidarten der befragten Fälle nicht exemplarisch für das Gesamtkollektiv. Da die beiden Gruppen in zwei entscheidenden Merkmalen signifikant unterschiedlich zusammengesetzt sind, kann eine Repräsentativität der befragten Gruppe bezogen auf die Gesamtheit ausgeschlossen werden.

Dies sollte jedoch für die Durchführung der Studie kein Hinderungsgrund sein, da die Auswahl der Stichprobe auf die Mitarbeit der Hinterbliebenen angewiesen war, eine ideale Stichprobenszusammenstellung insofern wohl auch kaum erreicht worden wäre.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Geschlecht und Alter

Erfasst wurden im Beobachtungszeitraum vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2004 insgesamt 229 Fälle, die auf dem Sektionsantrag als Suizid eingestuft wurden. Davon entfielen 155 Fälle auf männliche und 74 auf weibliche Suizidenten, entsprechend einer gerundeten prozentualen Verteilung von 68:32 Prozent oder einem Verhältnis von über 2,1:1.

Männlich/Weiblich	Häufigkeit	%
♂	155	68
♀	74	32
Summe	229	100

Tabelle 4: Geschlechtsverteilung aller gelisteten Suizidenten vor Anwendung der Ausschlußkriterien, n=229

Diese Relation kommt den offiziellen Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg [6] im Jahre 2004 recht nahe, welche mit einer prozentualen Verteilung bei 66:34 Prozent und im Verhältnis bei 1,9:1 männlicher zu weiblicher Suizidenten lag.

Deutschlandweit lag im Jahr 2004 die Geschlechtsverteilung aller Suizidenten bei einer Verteilung von 74:26 Prozent, was bedeutet, dass sich Männer im Bundesdurchschnitt fast drei Mal so häufig suizidierten als Frauen [8].

Insgesamt wurden von diesen 229 Suizidenten 17 Suizidenten im Rahmen der Ausschlusskriterien von der weiteren Studiauswertung ausgenommen:

- 13 Suizidenten (10 Männer und 3 Frauen) waren keine in der Hansestadt Hamburg gemeldeten Bürger, waren entweder auswärtig gemeldet oder als Touristen in Hamburg. Da die Suizide innerhalb der Hamburger Stadtgrenzen ausgeführt wurden, müssen die Verstorbenen - wie alle unnatürlichen Todesfälle - ins Institut für Rechtsmedizin verbracht werden.
- 2 anfänglich als Suizide verzeichnete Todesfälle konnten als solche nicht bestätigt werden oder stellten sich während einer Sektion als natürlicher Todesfall heraus. Je eine Frau und ein Mann fielen unter diese Ausschlusskriterien.
- Von 2 Suizidenten (1 Frau und 1 Mann) konnte kein Geburtsdatum ermittelt werden, so dass selbst unter Zuhilfenahme des Sterbedatums kein endgültiges Alter berechnet werden konnte. Somit waren diese beiden Fälle für die Studie nicht verwendbar.

Entsprechend verblieb ein potentiell Studienkollektiv (folgend als „Grundgesamtheit“ bezeichnet) von 212 Todesfällen, wovon 143 (68%) männlichen und 69 (32%) weiblichen Geschlechtes waren. Dieses potentielle Studienkollektiv wurde weiter unterteilt in die Fälle, deren Angehörige sich an der Befragung beteiligten (folgend als „Befragte“ bezeichnet) und diejenigen Suizidfälle, deren Angehörige eine Mitarbeit an der Studie ablehnten, die telefonisch nicht erreicht wurden oder deren Namen und Kontaktdaten von den ermittelnden Behörden nicht festgestellt werden konnten (zusammengefasst folgend als „Unbefragte“).

Stellt man die unbefragten Fälle detailliert dar, so waren 40 Angehörige (26% aller unbefragten Fälle) von 212 Suizidtoten auch nach wiederholten Anrufversuchen nicht erreicht worden, 82 Suizidenten (53%) hatten nach den Angaben des Sektionsprotokolls keine bekannten Angehörigen, 19 Angehörige (12%) verweigerten die Mitarbeit und von 13 Suizidenten (8%) waren keine Sektionsanträge mehr verfügbar. Die zusammengefassten

154 unbefragte Fälle teilten sich auf in 99 Fälle männlichen und 55 Fälle weiblichen Geschlechts.

Unbefragte	Gesamt	%	Männlich	%	Weiblich	%
Nicht erreichte	40	25,97	21	21,21	19	34,55
Keine Angehörigen	82	53,25	59	59,60	23	41,82
Abgelehnt	19	12,34	11	11,11	8	14,55
Keine Sektionsanträge	13	8,44	8	8,08	5	9,09
Summe	154	100,00	99	100,00	55	100,00

Tabelle 5: Aufteilung der Unbefragten Fälle nach Begründung

An der Befragung beteiligten sich Angehörige von insgesamt 58 Suizidfällen, wovon 44 männliche Betroffene und 14 weibliche Betroffene waren. Die Geschlechtszusammensetzung dieser 58 Fälle entspricht im Verhältnis mit 3,1:1 und einer prozentualen Verteilung von knapp 76:24 Prozent und damit in etwa dem Verteilungsverhältnis des anfangs bereits erwähnten Bundesdurchschnitts.

Unbefragte			Befragte		
Männlich/Weiblich	Häufigkeit	Prozent	Männlich/Weiblich	Häufigkeit	Prozent
1 – Männlich	99	64,29	1 - Männlich	44	75,86
2 – Weiblich	55	35,71	2 - Weiblich	14	24,14
Summe	154	100,00	Summe	58	100,00

Tabelle 6 und 7: Geschlechtsverteilung aller Befragten und Unbefragten Studienteilnehmer

Alle 212 Suizidenten des potentiellen Studienkollektivs, befragte und unbefragte Fälle, in Altersgruppen von jeweils 10 Jahren aufgetrennt zeigen eine Häufung der Suizidfälle zwischen 30 und 40 Jahren mit insgesamt 39 Fällen, sowie erneut zwischen 60 und 70 Jahren mit insgesamt 36 Fällen. Die einzige Altersgruppe, in der sich mehr Frauen als Männer suizidierten ist die Altersgruppe der 70- bis 80-jährigen. Anzumerken ist zum Verständnis der folgenden Tabelle, dass in offiziellen Todesursachenstatistiken definitionsgemäß keine Suizide vor Vollendung des 10. Lebensjahres geführt werden.

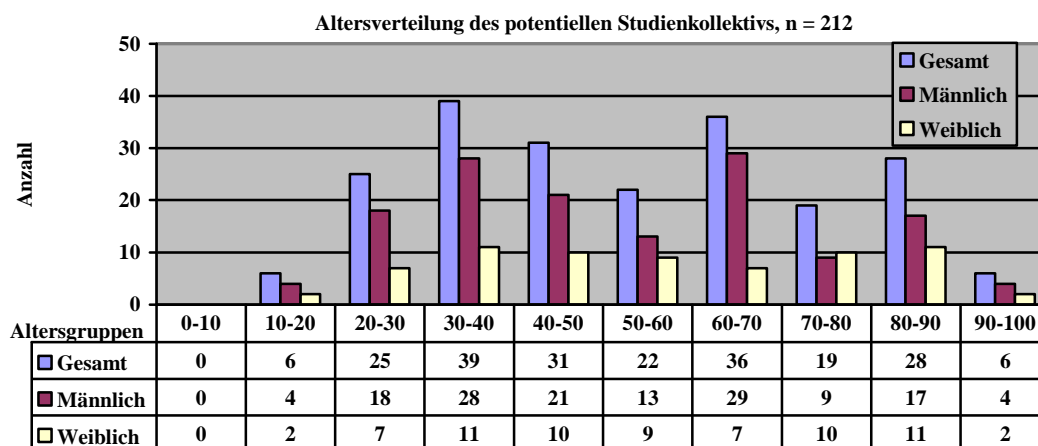


Diagramm 6: Altersverteilung der Grundgesamtheit nach Anwendung der Ausschlußkriterien, n=212, Balkendiagramm

Altersverteilung "Bis X Jahre..."	Gesamt		♂		♀	
	Gesamt	Prozent	♂	Prozent/Alter	♀	Prozent/Alter
0 – 10	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 – 20	6	2,83	4	2,80	2	2,90
20 – 30	25	11,79	18	12,59	7	10,14
30 – 40	39	18,40	28	19,58	11	15,94
40 – 50	31	14,62	21	14,69	10	14,49
50 – 60	22	10,38	13	9,09	9	13,04
60 – 70	36	16,98	29	20,28	7	10,14
70 – 80	19	8,96	9	6,29	10	14,49
80 – 90	28	13,21	17	11,89	11	15,94
90 – 100	6	2,83	4	2,80	2	2,90
Summe	212	100,00	143	100,00	69	100,00

Tabelle 8: Altersverteilung der Grundgesamtheit nach Geschlecht, n=212

Trägt man die Häufigkeit der Suizidfälle nach dem Alter auf und analysiert jede Altersgruppe nach Geschlecht und prozentualer Verteilung im Verhältnis zur Gesamtheit der jeweiligen Geschlechtsgruppe, so entdeckt man innerhalb des männlichen Geschlechts eine Häufung der Suizidfälle im Alter zwischen 30 und 40 mit fast 20 % (28 Fälle) und eine weitere Häufung zwischen 60 und 70 Jahren mit knapp über 20 % (29 Fälle). Unter den weiblichen Suizidenten ist auch die Gruppe der 30 bis 40-jährigen mit fast 16 % (11 Fälle) gleichauf mit der Gruppe der 80 bis 90-jährigen.

Betrachtet man nun vergleichend die Altersverteilungen der Suizidenten, deren Hinterbliebene für eine Befragung zur Verfügung standen, so ergibt sich folgendes Bild:

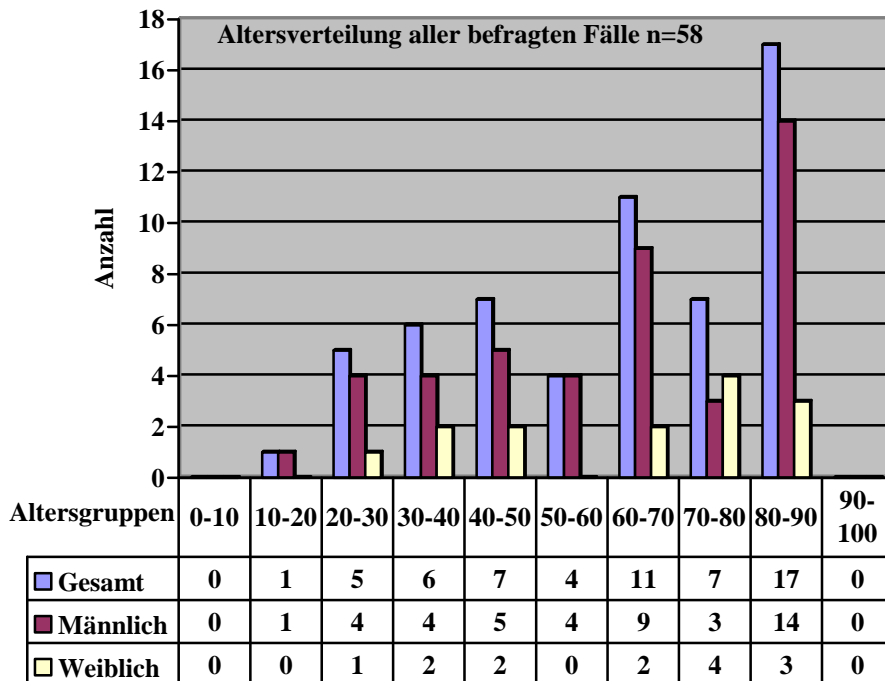


Diagramm 7: Altersverteilung aller befragten Fälle n = 58, Balkendiagramm

Auffallend ist hier die Zunahme der durchgeführten Befragungen im Verhältnis zum steigenden Alter der Suizidenten. Häufigste Altersgruppe von Suizidenten, deren Angehörige zu einem Gespräch bereit waren, ist die Altersgruppe der 80 bis 90-jährigen mit 17 Befragungen, dicht gefolgt von Hinterbliebenen aus der Altersgruppe der 60 bis 70-jährigen, die 11 Befragungen ermöglichten. Auch ist im Rahmen der Befragung, wie bereits im Diagramm 7 aller befragten Fälle aufgeführt, in der Gruppe der 70 bis 80-jährigen Suizidenten die Anzahl der Frauen höher als die der Männer. Die Gruppe der 30-40-jährigen ist in der Befragten-Gruppe im Vergleich zur Grundgesamtheit unterrepräsentiert.

Die prozentuale Auftragung der einzelnen Altersgruppen auf das Geschlecht bezogen ergibt unter den befragten Fällen eine deutliche Häufung der älteren Suizidenten. Während von allen männlichen Suizidenten mit fast 30 % die meisten Angehörigen der Altersgruppe zwischen 80 und 90 Jahren kooperierten, war es bei den weiblichen Suizidenten die Gruppe der 70 bis 80-jährigen, deren Hinterbliebene sich besonders häufig an der Studie beteiligten (knapp 29 % aller befragten Angehörigen weiblicher Suizidenten).

Betrachtet man die Altersverteilung der Unbefragten, so identifiziert man die am häufigsten betroffenen Altersgruppen der männlichen Suizidenten in den Altersstufen von 30-40 Jahren und von 60-70 Jahren. Diese Häufungen hatten sich bereits bei der Altersverteilung der Grundgesamtheit in genau diesen beiden Gruppen angedeutet. Die weiblichen Suizidenten, deren Hinterbliebene nicht befragt werden konnten, haben in den Altersgruppen 30-40 Jahre und 50-60 Jahre mit je 9 Fällen (entsprechend knapp über 16%) ihre Maxima.

## 4.2. Jahreszeiten

Anhand der im IfR geführten Dokumentation der eingelieferten Fälle lassen sich die Todeszeitpunkte bzw. das Auffinddatum erfassen (nachfolgend als Todesdatum bezeichnet). Verteilt man die Todestage aller Suizidtodestfälle im Beobachtungszeitraum auf die Quartale (Q1: 1. Januar - 31. März; Q2: 1. April – 30. Juni; Q3: 1. Juli – 30. September; Q4: 1. Oktober – 31. Dezember), dann wird deutlich, dass nicht etwa wie weitläufig angenommen in der „dunklen Jahreszeit“ des Herbstes oder Winters die meisten Suizide begangen werden, sondern tatsächlich im ersten Quartal, also im beginnenden Frühling. Sollte bei einem Fall kein genaues Todesdatum ermittelt worden sein, so wurde an dessen Stelle das Datum des Auffindens als mutmaßliches Todesdatum angesehen und für diese Grafik verwendet.

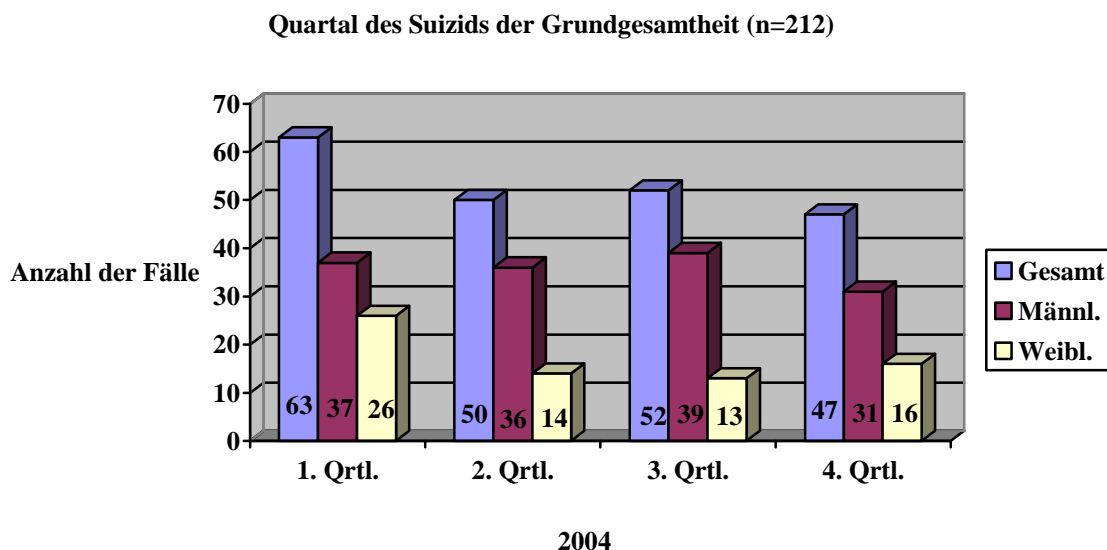


Diagramm 8: Todeszeitpunkte nach Quartal, Grundgesamtheit n = 212

Geschlechtsneutral betrachtet ist das erste Quartal 2004 mit 63 Fällen das Quartal mit den meisten Suizidfällen. Geschlechtsspezifisch ist zu erkennen, dass Männer keine bevorzugte Jahreszeit für den Suizid zu haben scheinen, eventuell mit einer leichten Betonung der mittleren zwei Quartale und mit sinkenden Zahlen zum Jahresende. Bei der weiblichen Bevölkerung gab es 2004 jedoch eine hohe Suizidzahl zu Jahresbeginn (26 Fälle), die in den Sommermonaten zurückgeht, um dann zum Jahresende wieder leicht anzusteigen. Insgesamt zeigt die Verteilung der Suizidfälle auf die Quartale ein eher homogenes Bild, mit einer Häufung der Suizide von fast 30% im 1. Quartal, bezogen auf die Grundgesamtheit. Werden die Geschlechter aufgetrennt, dann erkennt man, dass sich im 3. Quartal bei den Männern das Maximum befindet, wenn auch nur mit einem knappen Vorsprung von 2 Fällen im Gegensatz zum 1. Quartal. Die weiblichen Suizidfälle der Grundgesamtheit haben ihr Maximum im 1. Quartal mit 26 Fällen.

Unter den befragten Hinterbliebenen lag der Todeszeitpunkt der Suizidenten mit 23 Fällen von 58 (entsprechend fast 40 %) sogar gehäuft im 2. Quartal, dicht gefolgt vom 3. Quartal mit 17 Fällen (knapp 30 %), damit also im Sommer- und Herbstquartal. Bei den Unbefragten ist wieder eine deutliche Gewichtung des 1. Quartals zu erkennen, wo 56 Fälle von 154 (entsprechend 36 %) den prozentualen Anteilen der Grundgesamtheit ähneln.

### **4.3. Wahl der Suizidmittel**

Insgesamt wurden bei der Grundgesamtheit der Fälle 12 verschiedene Suizidarten unterschieden. Auch waren Mehrfachangaben der Hinterbliebenen zur Suizidart möglich (z.B. Intoxikation in Kombination mit Sprung aus der Höhe), was anhand von entsprechenden Auffindesituationen oder sogar durch toxikologische Untersuchungen im Rahmen der Sektion nachvollzogen und bestätigt werden konnte. Die folgenden Suizidmittel wurden in der Grundgesamtheit der Suizidenten festgestellt:

Erhängen - Tod durch Schusswaffengebrauch - Intoxikation mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen - Sprung aus der Höhe - Überfahung (meistens durch Züge) - Ertrinken - Schnitt- und Stichverletzungen - Ersticken - Strangulation und die Verwendung thermischer oder physikalischer Methoden (wie Selbstverbrennung oder Tod durch Strom).

Als weitere Antwortoption stand noch die „Verweigerung weiterer medizinischer Behandlung“ als Suizidart zur Auswahl. Diese wurde jedoch in den Gesprächen von keinem Hinterbliebenen als Suizidart angegeben, sondern nur als Suizidversuchsart.

Insgesamt wurden 9 Mehrfachnennungen angegeben. Da sich nun mehrere Suizidarten auf die gleiche Anzahl von Fällen verteilen, impliziert dies die Entstehung von Prozentsummen, die über 100% hinausgehen.

Wie bereits erwähnt kamen die Mehrfachnennungen u.a. durch Angaben über die Auffindesituation oder Sektionsergebnisse zustande. So sind zum Beispiel Fälle des Erstickens unter einer Plastiktüte mit gleichzeitiger Medikamentenintoxikation dokumentiert oder das Eröffnen der Pulsadern bei gleichzeitiger Alkoholisierung als Mehrfachnennung aufgeführt. Wobei in letzterem Fall der Alkohol wohl eher wegen der enthemmenden Wirkung eingenommen wurde und weniger als todesursächlich anzusehen ist.

Der weit überwiegende Teil der Suizidenten aus der Grundgesamtheit wählte für den Suizid das Erhängen. Insgesamt erhängten sich im Beobachtungszeitraum 80 Menschen, davon 59 Männer und 21 Frauen. Keine andere Suizidart hat auch nach Geschlecht unterschieden mehr Opfer gefordert. Fasst man diese Suizidmethode mit der Strangulation und dem Ersticken unter der Rubrik „Erstickung“ zusammen (wie dies einige ausländische Suizidstatistiken tun), so ergibt dies eine Gesamtzahl von 94 Todesfällen, davon 66 Männer und 28 Frauen, was

einen prozentualen Anteil an der Grundgesamtheit von über 43% aller Fälle, 42% aller männlichen sowie 37% aller weiblichen Suizidenten ausmacht.

Die zweithäufigste Suizidmethode aller im Institut für Rechtsmedizin als Suizid gelisteten Fälle ist der Sturz aus der Höhe. Im Vergleich zu anderen Suizidarten überwiegen bei dieser Methode die weiblichen Suizidenten. Zusammengefasst 31 Suizidenten (14% aller registrierten Suizide) wählten diese Methode, davon waren 17 Frauen gegenüber 14 Männern. An dritter Stelle findet man die Intoxikationen. Für diese Studie wurden die Vergiftungen auf drei verschiedene Methoden (Medikamente, Alkohol und illegale Drogen) verteilt. Mit 24 Todesfällen zeichnet die Medikamentenintoxikation für die meisten Vergiftungsoffer verantwortlich, mit einem ausgeglichenen Geschlechtsverhältnis von 12 Männern und 12 Frauen. Gefolgt wird die Medikamentenintoxikation von der Überdosis illegaler Drogen mit 9 Fällen, hier deutlich dominiert von den männlichen Suizidenten mit 7 Verstorbenen. Schlusslicht der Intoxikationen bildet die Alkoholintoxikation mit einem weiblichen Fall, wobei einschränkend bemerkt werden muss, dass in diesem Fall nicht endgültig zu klären war, ob der Alkohol lediglich zur Verstärkung der dann letal verlaufenden Medikamentenintoxikation verwendet wurde oder ob der Alkohol selbst für das Versterben der Suizidentin verantwortlich gemacht werden kann. Fasst man alle Intoxikationsarten zusammen, dann gelangt die Vergiftung mit insgesamt 34 Suiziden (19 Männer, 15 Frauen) durchaus auf den Platz der zweithäufigsten Suizidmethoden, obgleich mit 3 Fällen mehr nur knapp vor dem Sprung aus der Höhe.

Auffallend ist, dass alle 19 Suizide durch Schusswaffengebrauch von Männern verübt wurden. Die Suizide durch Schussverletzungen nehmen mit beinahe 9% innerhalb der Suizidarten den vierten Rang ein, bei den Männern jedoch mit 13% aller männlichen Suizid Todesfälle den zweiten Platz, direkt nach dem Erhängen (41%). Bei den Frauen ist nach dem Erhängen (30%) der Sprung aus der Höhe die zweithäufigste Suizidart (knapp 25%), noch deutlich vor allen addierten Intoxikationsfällen (22%).



Suizidart der Grundgesamtheit n=212 (in Prozent, gerundet)

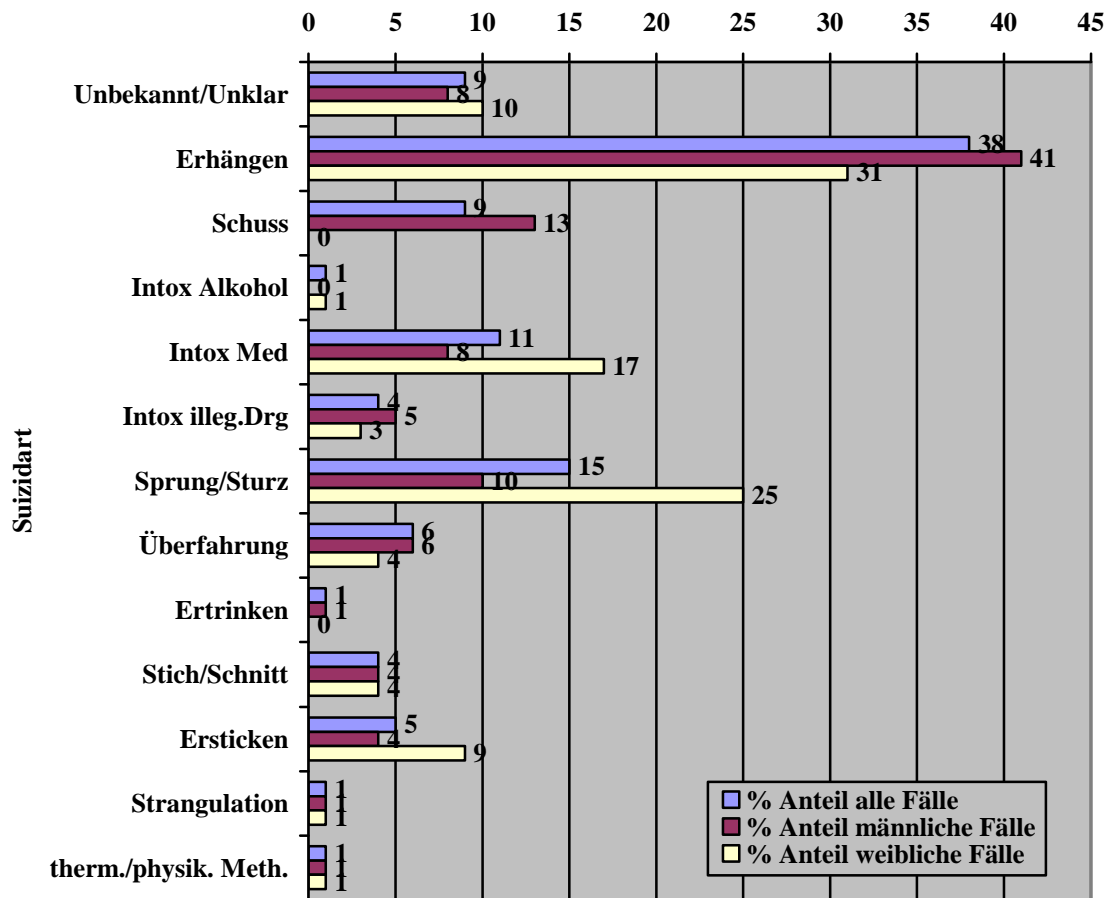


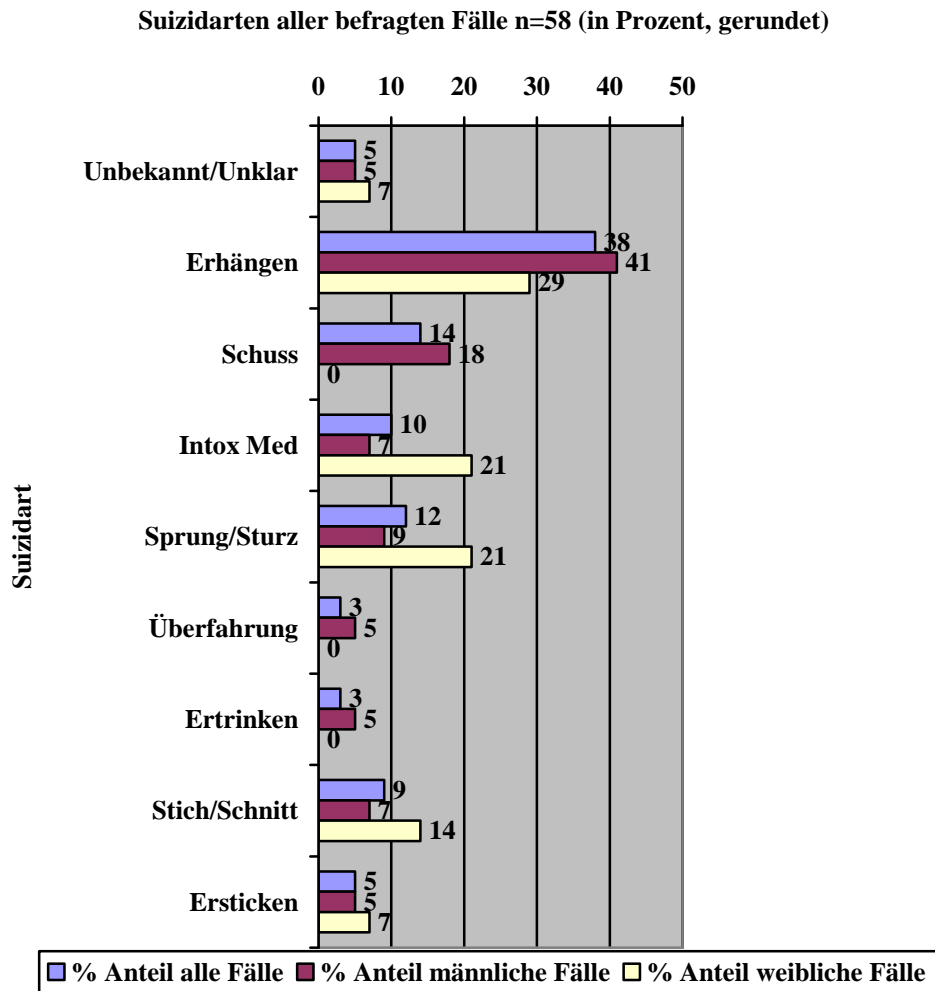
Diagramm 9: Suizidmethoden der Grundgesamtheit, n = 212 (Angaben in Prozent), durch Mehrfachnennungen Summe > 100%

Werden die Suizidmethoden den Altersgruppen zugeordnet, dann wird erneut das Erhängen als bevorzugte Suizidmethode der Männer hervorgehoben. Die in der Grundgesamtheit zusammengefassten Männer ab dem 20. Lebensjahr bis hin zum 90. Lebensjahr wählten diese Todesart für ihren Suizid. Lediglich bei den zweithäufigsten Methoden sind Altersunterschiede zu erkennen: Hatte noch bei den 20 bis 30-jährigen das Überfahren einen hohen Stellenwert, so tendierten die männlichen Suizidenten mit zunehmendem Alter über die Intoxikation hin zum Verwenden von Schusswaffen, welches bei der Gruppe der 50-60-jährigen, der Gruppe der 60 bis 70-jährigen und der Gruppe der 80 bis 90-jährigen als zweite Präferenz ermittelt werden konnte.

Ein deutlich uneinheitlicheres Bild zeigt sich beim Blick auf die gesamten weiblichen Suizidfälle, getrennt nach Altersgruppen: War zunächst bei der Gruppe der 20-30-jährigen Suizidentinnen der Sprung aus der Höhe die bevorzugte Suizidart, so war in der nächsthöheren Altersgruppe der 30-40-jährigen die Medikamentenintoxikation das Mittel der Wahl. Die 40-50-jährigen wiederum haben sich öfter erhängt als die 50-60-jährigen, die unentschieden mit je 2 Fällen der Medikamentenintoxikation und dem Sprung aus der Höhe vertrauten. Nur bei der Gruppe der 60-70-jährigen Frauen ist das Erhängen uneingeschränkt an erster Stelle zu nennen. Eine Sonderstellung nimmt das in den anderen Altersgruppen eher wenig relevante Ersticken (z.B. mit einer Plastiktüte) bei der Gruppe der 80-90-jährigen

Frauen ein. 4 Fälle von insgesamt 12 Fällen in dieser Altersgruppe hat es in dieser Häufung auch bei den Männern nicht gegeben.

Die Suizidarten der befragten Fälle lassen sich wie folgt darstellen:



**Diagramm 10: Suizidarten aller befragten Fälle, n = 58 (Angaben in Prozent)**

Intoxikation durch Alkohol, illegale Drogen sowie die Suizidarten wie Strangulation, thermische/physikalische Methoden und Verhindern medizinischer Intervention waren unter den zu befragenden Fällen nicht dabei und sind daher hier nicht aufgeführt.

Unter den 58 Suizidenten, deren Hinterbliebene im Rahmen der Studie befragt werden konnten, wählten fast 40% aller Fälle das Erhängen als Suizidmethode. Das Geschlechterverhältnis dieser Suizidart betrug fast 4:1 zwischen Männern und Frauen. Insgesamt erhängten sich 22 Menschen, 18 Männer und 4 Frauen. Prozentual entschieden sich somit von allen männlichen Suizidenten über 40%, bei den Frauen 29% für das Erhängen.

Gefolgt wird die bevorzugte Suizidmethode des Erhängens vom Suizid durch Schusswaffengebrauch, die mit insgesamt 8 Fällen (14% aller Suizide) zweithäufigste Methode. Wie sich schon beim Betrachten der Suizidmethoden der Grundgesamtheit mit 19 Fällen insgesamt abzeichnete, wo alle Suizide von männlichen Suizidenten begangen wurden, waren auch bei den befragten Fällen die Suizidenten nach Schusswaffengebrauch alle männlichen Geschlechts (18% aller männlichen Suizidenten).

An dritter Stelle der bevorzugten Suizidmethoden folgt der Sprung aus der Höhe. Von allen befragten Fällen starben 7 Suizidenten bzw. 12% aller Suizidenten (4 Männer, 3 Frauen) nach Stürzen von hohen Gebäuden. Unterteilt nach Geschlechtern waren es 9% aller Männer, aber 21% aller Frauen. Bemerkenswerterweise teilt sich der Sprung aus der Höhe bei den Frauen mit der Medikamentenintoxikation den zweiten Rang der bevorzugten Suizidmethoden. Beide Todesarten forderten je 3 Menschenleben unter den befragten weiblichen Fällen, während der Sprung aus der Höhe bei den Männern nur an dritter Stelle mit 9% aller Fälle rangiert und die Medikamentenintoxikation mit 3 von 44 männlichen Fällen und mit fast 7% aller Fälle zu den weniger häufig von Männern gewählten Suizidmethoden zählt. Eine weitere geschlechtsspezifische Präferenz scheint auch der Suizid durch Schnitt- oder Stichverletzung zu sein. Ist diese Methode auf Rang 5 der gesamten befragten Suizidarten mit fast 9% anzutreffen, wählten doch im Verhältnis gesehen doppelt so viele Frauen als Männer innerhalb ihrer Geschlechtsgruppe diese Methode (14% der Frauen gegenüber 7% der Männer); sie repräsentiert damit bei den Frauen die dritthäufigste Methode.

Eine sehr ähnliche Verteilung und Gewichtung der Suizidpräferenzen erkennt man auch bei den Suizidenten, deren Hinterbliebene nicht für eine Befragung zur Verfügung standen. Das Erhängen führt die Liste mit fast 38% aller unbefragten Fälle an. In der Gruppe der unbefragten Suizidenten war das Erhängen für beide Geschlechter prozentual auf das eigene Geschlecht bezogen beinahe identisch mit der Gruppe der Befragten (41% der Männer, knapp 30% der Frauen). An zweiter Stelle bei den Männern folgt das Verwenden von Schusswaffen, während bei den Frauen der Sprung aus der Höhe (25%) gefolgt von der Medikamentenintoxikation (15%) die bevorzugten Suizidmethoden der unbefragten Fälle darstellen. Da bei den befragten Fällen wie für die unbefragten Männer der Sprung aus der Höhe als dritthäufigste Suizidmethode angegeben wurde, positioniert sich der Sprung aus der Höhe als zweithäufigst angewandte Methode in der Rangliste der geschlechtsunabhängigen Präferenzen, noch vor der Medikamentenintoxikation und dem Verwenden von Schusswaffen. Auffällig ist bei Betrachtung der unbefragten Suizidfälle, dass 16 Fälle, entsprechend 10% der Gesamtsuizidentenzahl, keiner eindeutigen Suizidmethode zugeordnet werden konnten. Diese Anzahl von Fällen ergab sich aus den vermuteten Todesursachen „Suizid/Fraglicher Suizid“, die auf dem Sektionsprotokoll angegeben waren, sich aber wegen nicht durchgeführter Sektionen, nicht erreichter oder nicht ermittelbarer Angehöriger letztlich keiner eindeutigen Todesursache zuordnen ließen. In den meisten Fällen handelte es sich dabei um mutmaßliche Intoxikationen, bei denen keine Toxikologie durchgeführt wurde, es aber Hinweise für ein suizidales Handeln gab.

Betrachtet man unter den befragten Fällen die Suizidmittel im Vergleich zur Altersgruppe, so ist auch hier das Erhängen das primär gewählte Verfahren einiger Altersgruppen. Entsprechend waren in der Altersgruppe der 40-50-jährigen, der 60-70-jährigen und der 80-90-jährigen die meisten Fälle dieser Todesart zuzuordnen. In der Gruppe der 60-70-jährigen gefolgt von der Medikamentenintoxikation, bei den 80-90-jährigen gefolgt vom Erschießen an zweiter Stelle. In der Gruppe der 20-30-jährigen teilt sich das Erhängen mit der Überfahung die meisten Fälle und in der Gruppe der 70-80-jährigen mit dem Sprung aus der Höhe. Lediglich in der Gruppe der 30-40-jährigen stand das Versterben an einer Schnitt- bzw. Stichverletzung, bei den 50-60-jährigen das Erschießen an erster Stelle der bevorzugten Suizidmethoden.

Im Vergleich dazu zeigt sich bei den unbefragten Fällen ein deutliches Bevorzugen des Erhängens mit 36% aller Fälle an erster, der Sprung aus der Höhe an zweiter Stelle (15%). Lediglich die Gruppe der 10-20-jährigen wählte öfter den Sprung aus der Höhe, ebenso wie die Gruppe der 90-100-jährigen, die unter den unbefragten Fällen keinen Fall von Erhängen hatte, sondern je 3 Fälle von Sprung aus der Höhe und Medikamentenintoxikation.

Im folgenden Absatz sollen die kombinierten Suizidmethoden beleuchtet werden. Anfangs wurde erwähnt, dass 9 Suizidenten aus der Grundgesamtheit mehr als eine Suizidmethode wählten. Unter den befragten Fällen konnten lediglich 2 Fälle aufgezeichnet werden, die sich mit mehr als einer Suizidmethode zu Tode brachten. Diese Mehrfachangaben wurden detaillierter betrachtet.

Untersucht wurde, welche Suizidart mit welcher anderen kombiniert wurde. Dazu sollte man die Unterteilung in „harte“ und „weiche“ Suizidmethoden kennen.

Als „harte“ Suizidmethoden bezeichnet die heutige Suizidforschung Suizidarten, die mit einer geringen Fehlversuchsquote einhergehen. Dazu zählen:

- Tod durch Schusswaffengebrauch
- Erhängen
- Sturz/Sprung aus der Höhe
- Überfahren
- Ertrinken
- Erstechen (in dieser Studie der weichen Methode „Schnittverletzung“ zugeordnet und als „Schnitt- und Stichverletzung“ zusammengefasst)
- Tod durch Stromeinwirkung/Verbrennen/Erfrieren

Den „weichen“ Suizidmethoden werden zugeordnet:

- Intoxikationen
- Schnittverletzungen (werden von manchen Autoren den harten Methoden zugeordnet)
- Gasinhalation
- Ersticken

Da unter den befragten Fällen nur insgesamt 2 Fälle (1 Mann, 1 Frau) mit kombinierter Suizidmethode registriert wurden, die wenig Aussagekraft für das unterschiedliche Suizidverhalten bei Männern und Frauen zulassen, sollen folgend die 9 Fälle beschrieben werden, die in der Grundgesamtheit aus befragten und unbefragten Fällen zusammengefasst sind.

Von den 9 Suizidenten der Grundgesamtheit waren 4 männlichen und 5 weiblichen Geschlechtes. Diese Gruppe entsprach knapp 5% aller registrierten Suizidenten. Bei den Männern entsprachen die 4 Fälle einem prozentualen Anteil von weniger als 3%, bei den Frauen stellten die 5 Suizide mit mehr als einer Methode einen Anteil von mehr als 7% dar. Besonderes Augenmerk wurde auf die verschiedenen Möglichkeiten gelegt, wie die Suizidenten neben dem Erhängen als häufigster Suizidmethode weitere Kombinationen aus harten mit harten, harten mit weichen und weichen mit weichen Methoden vereinigten.

Ein männlicher Suizident mit medizinischer Ausbildung hatte sich vor dem Erhängen eine Medikamentenintoxikation mittels intravenöser Infusionen zugefügt und im Rahmen des verbleibenden Handlungsspielraumes das Erhängen eingeleitet (ein Beispiel für eine Kombination Hart/Weich). Zwei ebenfalls männliche Suizidenten kombinierten mehrere Suizidmethoden miteinander, einer mit einer harten Methode (Selbstentzündung mit Benzin und Schuß in den Kopf), der andere mit einer weichen Methode (Sprung aus der Höhe mit Pulsaderschnitten). Bis auf eine männliche Ausnahme waren alle Weich/Weich-Kombinationen von Frauen ausgeführt worden.

Geschlechtsspezifisch betrachtet neigen Männer zur Anwendung einer harten Suizidmethode. In der Grundgesamtheit der Fälle bevorzugten unter den Männern etwa 3,6-mal so viele Suizidenten eine harte Suizidmethode gegenüber einer weichen Methode (107 mal harte Methoden gegenüber 29 mal weichen Methoden). Bei den Frauen ergab der Vergleich „hart

zu weich“ ein Verhältnis von 1,5:1. Es wurden 43 Suizide registriert, die mit harten Methoden ausgeführt wurden und 27 Suizide, die mit weichen Methoden ausgeführt wurden.

#### 4.4. Demographisches

Anhand der persönlichen Daten und des oftmals im Sektionsantrag aufgeführten Geburtsortes der Suizidenten konnten folgende Abstammungen/Nationalitäten abgeleitet werden, ohne dass dadurch auf die Staatsbürgerschaft zum Todeszeitpunkt geschlossen werden konnte.

Mit 123 Suiziden, entsprechend fast 58% aller Fälle, bildeten die deutschen Staatsbürger in der Gruppe der Grundgesamtheit erwartungsgemäß die größte Bevölkerungsgruppe.

Bei 28% der Fälle konnte keine eindeutige Nationalitätszugehörigkeit ermittelt werden. Die zweithäufigste Gruppe der Staatsbürger nichtdeutscher Herkunft waren die Ost-Europäer, in der die Nationalitäten Ex-Jugoslawiens, Polens und der ehemaligen GUS-Staaten zusammengefasst wurden.

Nationalität	gesamt	% von 212	männl.	% von 212	weibl.	% von 212
D	123	58,02	83	58,04	40	57,97
West-Europa	5	2,36	3	2,10	2	2,90
Ost-Europa	17	8,02	9	6,29	8	11,59
Naher Osten	7	3,30	5	3,50	2	2,90
n.bek/k.Angabe	60	28,30	43	30,07	17	24,64
Summe	212	100,00	143	100,00	69	100,00

West-Europa: FIN, F, BEL, CH, NL

Ost-Europa: JUG, PL, GUS

Naher Osten: TÜRK

(Nur vermutete Nationalitäten, z.B. aufgrund typischer Namensendungen, wurden dennoch als „nicht bekannt“ gewertet)

**Tabelle 9: Auflistung aller Nationalitäten (soweit bekannt) der Grundgesamtheit, n=212**

Hier kam es mit 17 Fällen (entsprechend 8% der Gesamtfälle) zu einer auffälligen Häufung, die mehr Fälle einschließt, als alle weiteren nicht-deutschen Nationalitätengruppen zusammengenommen. Wo ansonsten die Männer die Zahlen dominieren, ist in der osteuropäischen Gruppe ein an der Vergleichsgruppe gemessen höherer Anteil weiblicher Suizidenten festzustellen. Im Vergleich zum Anteil von knapp 6% Osteuropäern männlichen Geschlechtes bei allen männlichen Suizidenten ist in dieser Gruppe der Anteil der Frauen mit über 12% an der Gesamtheit der weiblichen Fälle von der Tendenz her höher ausgefallen als in der männlichen Vergleichsgruppe. Bei so geringen Fallzahlen ist jedoch keine repräsentative Aussage auf das Suizidverhalten der verschiedenen Nationalitäten möglich.

Danach wurden die Hinterbliebenen nach dem Familienstand des Suizidenten gefragt:

Familienstand	gesamt	%	männl.	%	weibl.	%
1 – Ledig	13	22,41	10	22,73	3	21,43
2 - Verwitwet	11	18,97	8	18,18	3	21,43
3 - Geschieden	7	12,07	6	13,64	1	7,14
4 - Getrennt lebend	2	3,45	1	2,27	1	7,14
5 - Zum ersten Mal verheiratet	15	25,86	12	27,27	3	21,43
6 - 2 od. mehrf. verheiratet	7	12,07	5	11,36	2	14,29
8 - Nicht bek.	1	1,72	1	2,27	0	0,00
9 - Nicht gefragt	2	3,45	1	2,27	1	7,14
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle 10: Familienstand der Suizidenten, befragte Fälle, n=58**

Demnach waren über ein Viertel der Suizidenten zum ersten Mal verheiratet. Mehrfach verheiratet waren 12%. Zusammengenommen bilden die Verheirateten mit insgesamt 22 Fällen (ca. 38%) aller befragten Suizidfälle die größte Fraktion. An zweiter Stelle folgen die Ledigen, die mit 13 Fällen und 22% aller befragten Fälle noch vor den Verwitweten und den Geschiedenen rangieren. Die wenigsten Suizidfälle gab es unter den Befragten bei der Gruppe der „Getrennt lebenden“ mit insgesamt 2 registrierten Fällen.

Weiterhin wurden die Hinterbliebenen zur Haushaltszusammensetzung befragt, also ob der Suizident allein, mit Lebenspartner/in oder mit Familienangehörigen zusammen lebte.

Haushaltszusammensetzung	gesamt	%	männl.	%	weibl.	%
0 = Alleinstehend	28	48,28	22	50,00	6	42,86
1= Alleinstehend mit Kindern	1	1,72	0	0,00	1	7,14
2 = mit Partner ohne Kinder	18	31,03	12	27,27	6	42,86
3 = mit Partner + Kindern	7	12,07	7	15,91	0	0,00
4 = Lebte mit Eltern	1	1,72	0	0,00	1	7,14
5 = Lebte mit Verwandten/Freunden	1	1,72	1	2,27	0	0,00
6 = Lebte in einer Einrichtung	2	3,45	2	4,55	0	0,00
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

Tabelle 11: Familien-/Haushaltszusammensetzung der befragten Fälle, n = 58

Insgesamt lebten 28 Suizidenten in ihrem Haushalt allein, davon 6 weibliche und fast 4-mal so viele Männer mit 23 Suizidenten. Die Alleinstehenden waren damit die größte Gruppe unter den Suizidenten. In fester Partnerschaft lebten 25 Menschen, davon 18 mit Partner ohne Kinder, 7 Suizidenten lebten mit Partner und Kindern. Eine weibliche Suizidentin lebte als Alleinerziehende mit ihren Kindern, eine weitere Suizidentin lebte bei den Eltern. Insgesamt 2 Suizidfälle, alle männlichen Geschlechtes, lebten in Einrichtungen wie z.B. betreuten Wohngruppen oder Alten- und Pflegeheimen.

Auffällig ist, dass sich unter den Verstorbenen, die in einer Partnerschaft ohne Kinder lebten, prozentual mit 43% mehr Frauen suizidierten als Männer in einer kinderlosen Partnerschaft (27%).

Befragt zur Art der Lebensgemeinschaft, die mindestens seit 3 Monaten vor dem Ableben Bestand hatte, gab es folgende Rückmeldungen über die Suizidenten:

Lebensgemeinschaft	gesamt	%	männlich	%	weiblich	%
Keine	27	46,55	20	45,45	7	50,00
Partn. gl. Geschl.	1	1,72	0	0,00	1	7,14
Partn. anderen Geschlechtes	27	46,55	22	50,00	5	35,71
Nicht gefragt	3	5,17	2	4,55	1	7,14
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

Tabelle 12: Lebensgemeinschaft (für mindestens 3 Monate) der befragten Fälle, n = 58

Unter den Suizidenten, die sich in einer Partnerschaft zum Zeitpunkt des Suizids befanden, lebte der weitaus größte Teil mit einem Partner des anderen Geschlechtes, 27 Fälle, entsprechend fast 47%. Ohne Partner für mindestens 3 Monate bzw. als Single lebten 27 Suizidenten, entsprechend ebenfalls 47% der Fälle. Lediglich eine Frau lebte in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung.

Die finanzielle Situation spielte aus Sicht der Befragten offensichtlich keine große Rolle bei der Entscheidung zum Suizid.

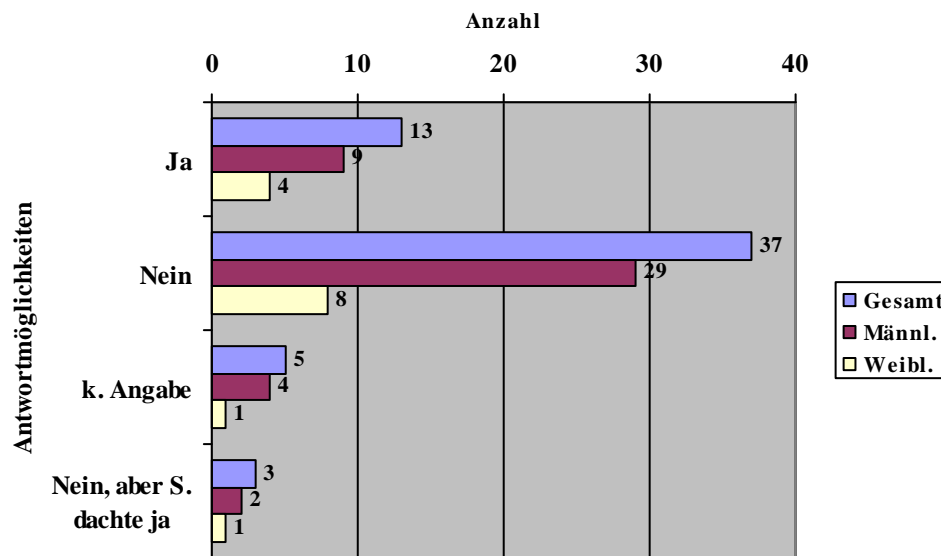


Diagramm 11: Finanzielle Probleme beim Suizidenten , befragte Fälle, n = 58

Laut Angaben der Befragten hatten 37 Suizidenten keinerlei finanzielle Probleme, davon 29 Männer und 8 Frauen. Diese Anzahl entspricht über 63% aller Befragten. Auch wurde diese subjektive Frage nach den Finanzen nicht an Geldwerte oder die Höhe eventuell vorhandener Schulden geknüpft, so dass jedem Befragten freigestellt war, eine finanzielle Situation als prekär oder eben nicht einzuschätzen. Jemand mit einem guten Einkommen wird einen anderen Schuldenbetrag für problematisch halten als jemand mit einem niedrigen Einkommen.

Immerhin hatten 13 Suizidenten auch aus Sicht ihrer Hinterbliebenen finanzielle Probleme, davon entfielen auf männliche Suizidenten 9 Fälle und auf weibliche 4 Fälle. Bei 3 Fällen wurde geantwortet, dass sich der Suizident in einer finanziell schwierigen Lage wähnte, dieses aber objektiv nicht der Fall gewesen sei.

#### 4.5. Arbeitsverhältnis, Arbeitslosigkeit, Bildungsstand

Zur Arbeitssituation der Suizidenten und im Hinblick auf die Dauer einer möglichen Arbeitslosigkeit, konnten folgende Daten ermittelt werden:

Von den 58 befragten Hinterbliebenen waren über 60% Pensionäre oder Rentner, ausgeglichen sogar im Geschlechterverhältnis mit 61% bei den Männern und 57% bei den Frauen. Einschränkend muss erwähnt werden, dass diese Befragung zu Uhrzeiten durchgeführt wurde, wo berufstätige Verwandte oder Eltern jüngerer Suizidenten selten zuhause telefonisch erreichbar sind. Daher kann dieses Diagramm durch ein Überwiegen der Rentner und Pensionäre fälschlich überaltert wirken. Zusammengefasst waren 35 Rentner/Pensionäre, 7 Arbeitslose (12%) und 4 Krankgeschriebene (knapp 7%) mit insgesamt 46 Fällen (79% Anteil an der Gruppe der Befragten) die größte Fraktion, die nicht aktiv dem Arbeitsmarkt zugerechnet werden kann. Demgegenüber stehen 8 in Vollzeit Beschäftigte und 2 Fälle, die im eigenen Haushalt als Hausfrau tätig waren. Betrachtet man die durchschnittliche Dauer der Arbeits- und Erwerbslosigkeit, dann kommen folgende Zahlen zustande:

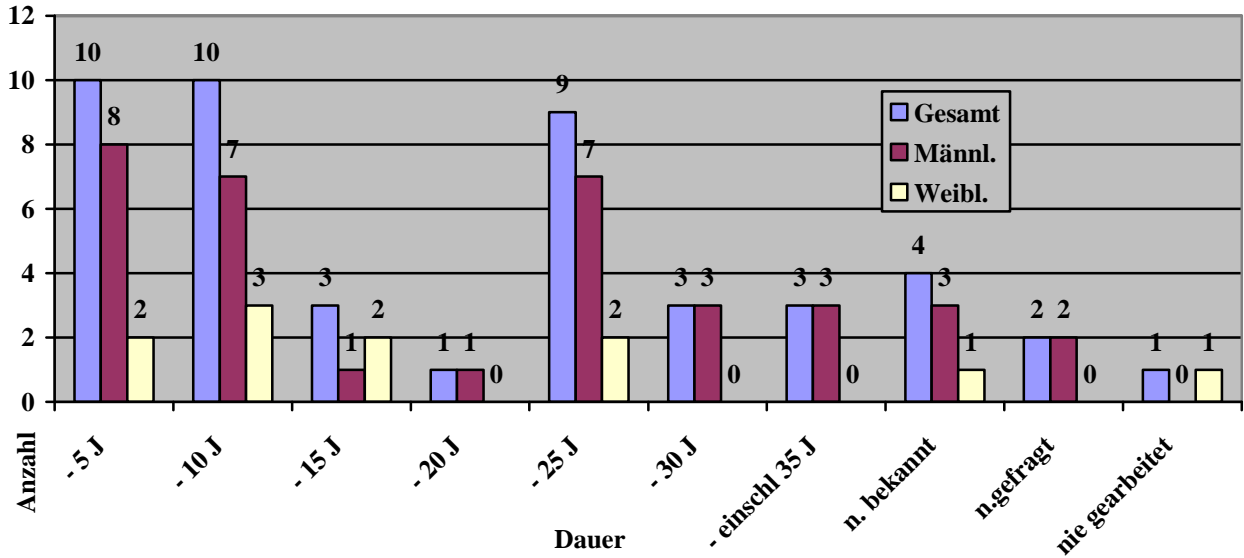


Diagramm 12: Dauer der Erwerbs- und Arbeitslosigkeit der befragten Fälle, n = 46

Die überwiegende Anzahl der Suizide bei Arbeits- oder Erwerbslosigkeit geschehen gehäuft innerhalb der ersten 10 Jahre.

Ein erneuter Anstieg der Suizidfälle ist zwischen 20 und 25 Jahren Arbeitslosigkeit zu verzeichnen. Hier kommen auf 9 registrierte Fälle 7 männliche und 2 weibliche Suizide.

Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit bis zum Suizid aller zusammengenommenen Fälle in jeder Zuordnungsgruppe lässt sich durch arithmetische Mittelung analysieren:

Gruppe:	Durchschnittliche Dauer:
- Gruppe bis 5 Jahre	1,7 Jahre
- Gruppe 5 bis 10 Jahre	7,3 Jahre
- Gruppe 10 bis 15 Jahre	11,3 Jahre
- Gruppe 15 bis 20 Jahre	19 Jahre
- Gruppe 20 bis 25 Jahre	21,2 Jahre
- Gruppe 25 bis 30 Jahre	25 Jahre
- Gruppe 30 bis einschl. 35 Jahre	32 Jahre

In der Gruppe der Betroffenen, die sich innerhalb der ersten 5 Jahre suizidierten, befanden sich je 4 Arbeitslose und 4 Rentner, ferner 2 Krankgeschriebene. Im Zeitraum 5-10 Jahre dauernder Erwerbslosigkeit bzw. Nichtbeschäftigung suizidierten sich von den 10 registrierten Fällen immerhin 8 Rentenempfänger und 2 Langzeitarbeitslose. Die 9 Suizidenten, die nach 20 bis 25 Jahren einen erneuten Anstieg der Suizidfälle bewirkten, waren ausschließlich Rentner.

Wie bereits angedeutet, ist durch die Uhrzeit der Befragungen ein Befragten-Kollektiv entstanden, das bis zu 60% aus Rentnern besteht. Um sich dem bei perfekten Befragungsbedingungen zu erwartenden Anteil der Rentner am Gesamtkollektiv anzunähern, bzw. den wirklichen Anteil von Rentnern abschätzen zu können, wurden unter allen registrierten Fällen der Grundgesamtheit (n = 212) die über 60-jährigen herausgefiltert (ein durchschnittliches Renteneintrittsalter von 60 Jahren vorausgesetzt).



Gesamtanzahl von Suizidenten mit Alter 60+X	% von 212	männl	% von 89	weibl	% von 89
89	41,98	59	66,29	30	33,71
Gesamt Suizidenten: 212			% von 212 27,83		% von 212 14,15

**Tabelle 13: Hochrechnung der zu erwartenden Suizidenten im Rentenalter (unter Einbezug Nichtbefragte über 60 Jahre) aus Grundgesamtheit n=212**

Insgesamt fanden sich unter den gelisteten 212 Fällen der Grundgesamtheit 89 Suizidenten über 60 Jahre, davon 59 Männer und 30 Frauen. Dies entspricht bei einer Gruppe von 212 Fällen einem prozentualen Anteil von fast 42% berenteten/pensionierten Suizidenten. Entsprechend hätte man bei perfekten Befragungsbedingungen und unter Berücksichtigung dieses Korrekturfaktors unter den 58 befragten Fällen im Verhältnis zur Grundgesamtheit maximal 24,36 Rentner erwarten können. Die Anzahl von 35 Rentnern unter den befragten Fällen ist also um 11 Fälle (19%) zu hoch, um repräsentativ für die demographische Altersverteilung der gelisteten Fälle zu sein. Bereits im Kapitel 3.4. wurde die statistische Signifikanz der befragten Gruppe gegenüber der Grundgesamtheit überprüft mit dem Ergebnis eines signifikanten Unterschieds und einer daher nicht zulässigen Vergleichbarkeit.

Um die Arbeitsqualifikation und den Bildungsstand der Suizidenten zu ermitteln, wurden die Hinterbliebenen nach dem höchsten Schulabschluss und den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten bzw. Beschäftigungsgebieten gefragt.

Demnach hatten beinahe 45% der Suizidenten einen Hauptschulabschluss oder eine vergleichbare Qualifikation, wie den vorher entsprechenden Volksschulabschluss. Danach sinken die Fallzahlen mit steigendem Bildungsniveau: 18% Realschulabsolventen, 17% Hochschulreife, 6% Fachhochschule oder Universitätsabschluss.

Nach der letzten ausgeübten Tätigkeit gefragt, unabhängig von aktueller Beschäftigung oder Arbeitslosigkeit zeigte sich, dass 56% aller befragten Fälle Facharbeiter mit abgeschlossener Lehre waren bzw. eine Berufsausbildung abgeschlossen hatten. Die restlichen Fälle verteilten sich in ausgewogener Anzahl auf die restlichen Antwortoptionen zwischen „Bisher nicht berufstätig (1 Fall)“, „An-/Ungelernte Arbeiter/in (5 Fälle)“, „Angestellter (3 Fälle)“, „Qualifizierter Angestellter (1 Fall)“, „Leitender Angestellter (3 Fälle)“, „Selbständiger (2 Fälle)“ und „Akademischer Selbständiger/Unternehmer (2 Fälle)“.

#### **4.6. Suizidhistorie, familiäre Belastung, Ankündigungen und Versuche**

Die an der Studie teilnehmenden Hinterbliebenen wurden befragt, ob ihnen Fälle von vollendetem Suizid in der Familie des Suizidenten bekannt seien.

Bei 15% (9 Fälle, davon 5 Männer und 4 Frauen) der Suizidenten konnte mindestens ein durch Suizid verstorbener Angehöriger ermittelt werden. 56% der Hinterbliebenen waren sich sicher, dass vor dem jetzigen Fall keine weiteren Angehörigen durch Suizid verstorben seien. 18% der Befragten wollten sich nicht festlegen oder wussten auf die Frage keine Antwort. Näher betrachtet, welcher Angehörige des Suizidenten sich suizidiert hatte, zeigten die Ergebnisse eine breite Verteilung der Fälle. An erster Stelle waren den Befragten der Suizid eines Onkels oder einer Tante des Suizidenten erinnerlich (3 Fälle), gefolgt von 2 Fällen, in denen sich die Großmutter oder der Großvater suizidiert hatten. Ein Extremfall war ein männlicher Suizident, der zuerst seine Ehefrau und dann später auch die aktuelle Lebensgefährtin durch Suizid verloren hatte.

Weiterhin wurden die Hinterbliebenen befragt, ob es von Seiten des Suizidenten verbale oder schriftliche Suizidankündigungen gegeben habe, unabhängig von späteren Suizidversuchen.

Berichte über Suizidankündigungen unter den befragten Fällen	gesamt		männl.		weibl.	
		%		%		%
Ja	28	48,28	19	43,18	9	64,29
Nein	26	44,83	22	50,00	4	28,57
k. Angabe	4	6,90	3	6,82	1	7,14
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

Tabelle 14: Suizidankündigungen unter den befragten Fällen, n=58

Fast die Hälfte (48%) derer, die sich später suizidierten, machten im Vorfeld Andeutungen zur eigenen Suizidalität. Ähnlich viele Fälle (45%) jedoch machten keine Andeutungen, beziehungsweise waren diese den Befragten nicht Erinnerungswürdig. Deutlich verschlossener, was die Ankündigungen betrifft, waren laut vorliegenden Ergebnissen die männlichen Suizidenten, von denen sich 43% offenbarten. Genau 50% aller Männer machten keinerlei Suizidankündigungen. Im Gegensatz dazu, machten 64% der Frauen vor ihrem vollendeten Suizid auf ihre Suizidabsichten aufmerksam, während nur knapp 29% keinerlei Angaben gegenüber den Angehörigen machten.

Anschließend wurde gefragt, ob diesen Ankündigungen auch Suizidversuche folgten, d.h. abgesehen von dem vollendeten Suizid. Von den 28 Suizidenten mit Suizidankündigungen, machten neben dem vollendeten Suizid 14 Fälle (50% der befragten Fälle mit Suizidankündigungen) erfolglos einen oder mehrere Suizidversuche, wovon 9 auf männliche und 5 auf weibliche Suizidenten entfielen. Die restlichen 14 Fälle (10 Männer, 4 Frauen) mit Ankündigungen in der Vorgeschichte ließen bis auf die finale Suizidhandlung der Ankündigung keine vorherigen Versuche folgen.

Unter diesen 14 Fällen mit Ankündigung und Suizidversuch in der Anamnese wurde weiter gefragt, ob es sich um einmalige oder mehrfache Versuche gehandelt hat.

Von 14 Suizidenten aus der Gruppe der befragten Fälle mit geäußerten Suizidabsichten und bekannten Suizidversuchen begingen Mehrfachversuche:				
Versuche	Gesamt	%	männl.	weibl.
1 Versuch	5	35,71	4	1
2 Versuche	3	21,43	2	1
3 Versuche	4	28,57	1	3
4 Versuche	1	7,14	1	0
5 Versuche	1	7,14	1	0
Summe	14	100,00	9	5

Tabelle 15: Frage nach einfachen oder mehrfachen Suizidversuchen unter den befragten Fällen mit Suizidankündigungen

Insgesamt verübten 35% aller Suizidenten mit berichteten Suizidankündigungen und folgenden Suizidversuchen einen einmaligen Versuch, 21% der Betroffenen, 28% versuchten bis zu 3 Mal, sich zu suizidieren. 4 oder gar 5 Versuche machte jeweils ein Suizident. Ist die Anzahl unter den Männern mit steigender Versuchsanzahl absinkend, haben die Frauen ihr Versuchsmaximum bei 3 Versuchen. Dafür gibt es unter den Frauen keinen berichteten Fall mit 4 oder 5 Versuchen, diese blieben den Männern vorbehalten.

Umgekehrt gefragt, ob es unabhängig von den oben angegebenen Ankündigungen Suizidversuche bei den Betroffenen gegeben hat, kommt man auf eine Anzahl von 17 Fällen (29% aller Befragten). 3 zusätzliche Fälle also, die ohne vorherige Suizidankündigung oder entsprechende Äußerungen einen Suizidversuch durchführten. Auch hier wurde nach Ein- oder Mehrfachversuchen gefragt. Die 3 zusätzlichen Fälle verteilen sich auf die Angabe, 1 bzw. 2 Versuche gemacht zu haben. Zusammengefasst kommt die Befragung zu dem Ergebnis, dass von den Betroffenen 10 Suizidenten 2 und mehr Suizidversuche machten, aufgetrennt nach Geschlechtern waren darunter 6 Männer und 4 Frauen.

Suizidversuche der befragten Fälle in Kombination mit vorheriger Ankündigung	gesamt		männl		weibl	
	gesamt	%	gesamt	%	gesamt	%
Ja	14	82,35	9	81,82	5	83,33
Nein	3	17,65	2	18,18	1	16,67
k. Angabe	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Summe	17	100,00	11	100,00	6	100,00

Tabelle 16: Suizidversuche mit oder ohne vorherige Ankündigung unter den befragten Fällen

Mit einer Quote von durchschnittlich 82% setzten laut dieser Befragungsergebnisse die späteren Suizidenten vor einem Suizidversuch ihre Angehörigen über ihr Vorhaben in Kenntnis, ungefähr im selben Verteilungsverhältnis zwischen männlichen und weiblichen Suizidenten.

Von 41 befragten Hinterbliebenen gab es keine Informationen zu möglichen Suizidversuchen oder deren genaue Anzahl. Stellt man diesen 10 „Keine Angaben“-Antworten und 31 definitiven „Keine Suizidversuche“-Antworten die bisher ermittelten Daten der 17 Fälle mit Suizidversuchen entgegen und berechnet die prozentualen Verhältnisse, so erkennt man, dass immerhin 53% der befragten Fälle keine Versuche vor der letzten Suizidhandlung machten. Die Zahl der einmalig mit einem Suizidversuch bezeichneten Fälle macht prozentual an der gesamten befragten Gruppe 17% aus, die mit mehr als einem Suizidversuch in der Anamnese sogar nur 12%.

Untersucht man die Fälle mit Suizidversuchen auf ihr Arbeitsverhältnis, in welchem diese 17 Suizidenten zum Zeitpunkt ihres Versterbens standen, so ergibt sich folgende Aufstellung:

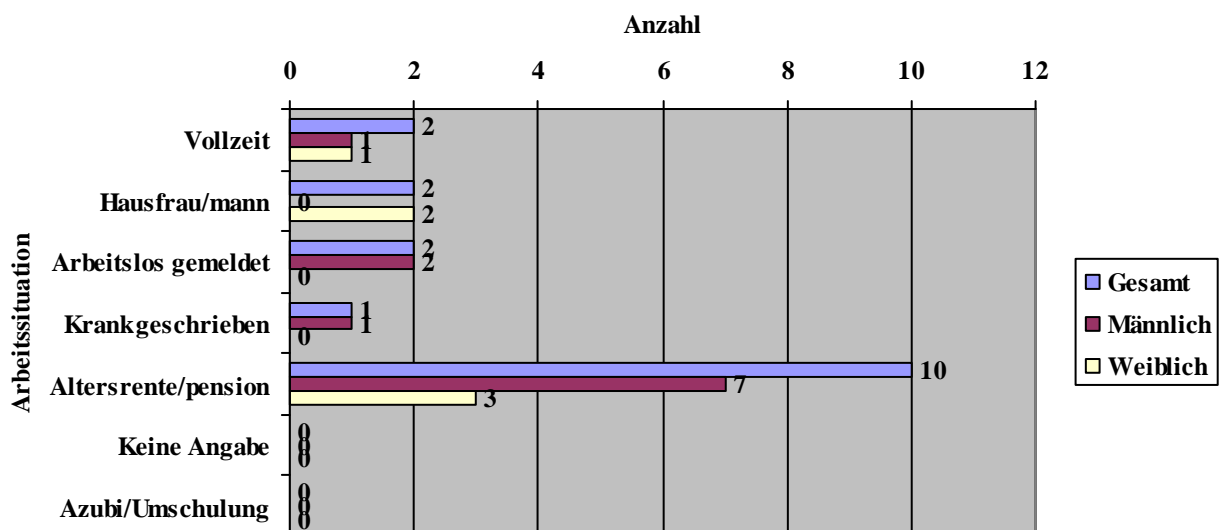


Diagramm 13: Berichtete Suizidversuche und die jeweilige Arbeitssituation unter den befragten Fällen, n = 17

Fasst man Rentner, krankgeschriebene und arbeitslos gemeldete Suizidenten zusammen, so kommen 13 Fälle zusammen (76% aller Fälle mit berichteten Suizidversuchen unter den befragten Fällen), die sich in keinem regelmäßigen Arbeitsverhältnis befanden. Dem gegenüber stehen zwei in Vollzeit Beschäftigte, von denen in ihrer Vorgeschichte Suizidankündigungen und Suizidversuche zu berichten waren und die letzten Endes den Suizid vollzogen.

Über die möglichst genaue Anzahl der Versuche gab es von Seiten der Befragten teilweise nur vage Schätzungen, da nicht jeder Befragte mit dem Suizidenten im selben Haushalt lebte und daher auch die missglückten Versuche nicht jedes Mal habe bemerken können.

Addiert man jeden einzelnen Suizidversuch und schlägt ihn auf die Gesamtzahl der Suizidenten mit Suizidversuchen um, so erhält man durchschnittliche 2,1 Suizidversuche pro Suizident (bei 36 Suizidversuchen insgesamt).

Auf die Frage, ob sich die Suizidenten bei ihren Suizidversuchen in akute Lebensgefahr gebracht hätten, berichteten 41% der befragten Hinterbliebenen, es sei ihrer Einschätzung nach eine durchaus lebensgefährliche Situation gewesen. Knapp 30% der Befragten glaubten nicht, dass der Suizidversuch lebensgefährlich war. Fast genauso viele wollten sich nicht festlegen oder gaben keine Antwort auf diese Frage.

Lebensgefährliche Suizidversuche	Häufigkeit		männlich		weiblich	
	Häufigkeit	Prozent	% männl	% weibl		
1 - Ja	7	41,18	5	45,45	2	33,33
2 - Nein	5	29,41	3	27,27	2	33,33
3 - Weiß nicht	4	23,53	2	18,18	2	33,33
0 - Keine Angabe	1	5,88	1	9,09	0	0,00
Summe	17	100,00	11	100,00	6	100,00

Tabelle 17: Lebensgefahr nach Suizidversuch unter den befragten Fällen mit Suizidversuchen, n = 17

Will man eine Vorstellung davon bekommen, was diese in den Befragungen ermittelten Daten auf die Grundgesamtheit hochgerechnet bedeuten würden (von denen diese Daten ja nicht vorliegen), so erhält man nach Anwendung der ermittelten Prozentsätze folgende Spekulation: Hochgerechnet auf alle 212 Fälle

- wären etwa 61 Fälle mit Suizidversuchen zu verzeichnen gewesen
- hätten davon ca. 50 Fälle diese Motivation auch angekündigt
- hätten sich davon 25 Fälle mit den Versuchen in Lebensgefahr gebracht
- hätten 39 Fälle mehr als einen Suizidversuch unternommen

Diese Ergebnisse sollten mit Vorbehalt betrachtet werden, da das befragte Kollektiv und die damit verknüpften Fälle schon von der Alterszusammensetzung her nicht repräsentativ sind, sich also nicht auf die Normalbevölkerung oder die Grundgesamtheit der registrierten Fälle übertragen lassen und daher als reines Rechenspiel aufzufassen sind (siehe auch die Anmerkungen zur statistischen Signifikanz im Kapitel 3.4.).

#### 4.7. Komorbidität (somatisch/psychisch), Auslösefaktoren

Wenden wir uns nun den körperlichen Gebrechen oder Beschwerden der Suizidenten zu, die in den Befragungen angegeben wurden.

Gefragt wurde zunächst, ob überhaupt irgendeine Grunderkrankung oder ein in medizinischer Behandlung befindliches Leiden beim Suizidenten bekannt waren.

48 Suizidenten (36 Männer und 12 Frauen), also über 80% der befragten Fälle, wurden von den Hinterbliebenen als erkrankt oder in medizinischer Behandlung befindlich bezeichnet.

Dem stehen 8 Fälle (Verhältnis Mann/Frau 7:1) gegenüber, die als gesund oder nicht erkrankt bezeichnet wurden. Je ein Befragter wusste keine Antwort auf diese Frage oder machte keine Angabe. Interessanterweise konnten zu den 8 Fällen, die von den Befragten als gesund bezeichnet wurden, sich immer noch 6 Hinterbliebene zu möglicherweise vorliegenden Auslösefaktoren äußern, die den Suizidenten zum Suizid geführt haben könnten. Unter diesen 6 als gesund Bezeichneten (oder besser „Nicht-Grunderkrankten“) befanden sich 5 Männer und eine weibliche Suizidentin. Über diese 5 Männer wurde an anderer Stelle des Gespräches insgesamt dreimal von psychischen „Problemen“ und zweimal von finanziellen Engpässen berichtet, einmal in Kombination mit Ehekonflikten. Von der weiblichen Suizidentin, die von ihren Hinterbliebenen als „Nicht-Grunderkrankt“ bezeichnet wurde, konnte an anderer Stelle des Interviews in Erfahrung gebracht werden, dass eine Krankenhauseinweisung in eine Psychiatrie bevorstand.

Zunächst wurde gefragt, ob hinter dem Suizid des Angehörigen ein auslösender Faktor stehen könnte. Mehr als 85% der Befragten (50 Fälle) konnten einen aus ihrer Sicht verantwortlichen Auslöser benennen. 5% berichteten, es habe keinen Grund für den Suizid des Angehörigen gegeben, ein Angehöriger wusste keine Antwort auf diese Frage (stellte aber eine Vermutung an) und 4 Angehörige (entsprechend fast 7%) enthielten sich einer Antwort.

Welche Art von Auslöser es gegeben haben könnte, beantworteten die Hinterbliebenen folgendermaßen:

**Tabelle 18: Welcher Art waren die angegebenen oder vermuteten auslösenden Faktoren?**

Von den 50 Ja-Antworten + 1 Vermutung unter den Befragten (n=58) gaben als Auslöser für den Suizid an:	Gesamt	%	Männlich	%	Weiblich	%
Befürchtungen/Antizipation **	12	20,69	7	15,91	5	35,71
Soziale Perspektive ***	27	46,55	22	50,00	5	35,71
Medizinische Perspektive ****	22	37,93	18	40,91	4	28,57
Summe	61*	105,17	47	106,82	14	100,00

\* Mehrfachnennungen möglich. Oft führt Kombination aus mehreren Teilaspekten zum suizidalen Handeln (z.B. Schulden, Trennung + unheilbar krank). Über die 50 Ja-Antworten und die 1 vermutete Aussage hinausgehenden Antworten entstehen aus den sich teilweise überschneidenden Themengebieten und Mehrfachnennungen, z.B. "hatte Angst vor der Carcinom-OP" (= „Medizinische Perspektive“ + „Befürchtungen“) oder "Hatte Panikattacken und Schulden" („Befürchtungen“ + „soziale Perspektive“)

\*\* Befürchtungen, bezogen auf bevorstehende oder vermutete Ereignisse; Wahnhafte Verarbeiten der Realität; Verstärkung bestehender Depression durch reale oder befürchtete Erlebnisinhalte; Mißdeutung medizinisch-notwendiger Diagnostik mit der falschen Schlußfolgerung, unheilbar Krank zu sein

\*\*\* Verlust/Tod einer nahestehenden Person; sozialer Rückzug; konflikthafte Beziehung zum soz. Umfeld; Kumulation von sozialen Stressoren; zunehmende Pflegebedürftigkeit; Scheidung/Trennung; berufliche Misserfolge; Kündigung d. Job/Wohnung/Freundschaft; körperliches Handicap führt zu sozialer Ausgrenzung (z.B. Stottern); Verlust des Arbeitsplatzes; Schuldenberg; längere Arbeitslosigkeit; Verlust von Geldmitteln

\*\*\*\* Infauste Diagnose; anstehende Pflegefähigkeit; wiederholte Operationen; Ablehnung weiterer med. Therapie; Verlust von Körperfunktionen; Einschränkung der körperl. Handlungsfreiheit; Erkrankung selbst oder des direkten Umfeldes

- Antworten wurden ungeachtet der vorher erfragten Vorerkrankungen (psychischer oder somatischer Genese) ausgewertet

Die offen gestellte Frage ließ alle Antwortmöglichkeiten zu. Die gegebenen Antworten wurden dann in Folge 3 Oberbegriffen zugeordnet:

- Allgemeine Befürchtungen/Antizipation
- Soziale Faktoren
- Medizinische Faktoren

Der Oberbegriff „Befürchtungen/Antizipation“ wurde gewählt bei Suizidenten, die bevorstehende Ereignisse angstbesetzt in die eigene Biographie integrierten oder auch teilweise die Realität wahnhaft verarbeiteten und daher den Ausweg im Suizid gesucht haben.

Unter dem Begriff „soziale Faktoren“ wurden psychosoziale und auch finanziell bedingte Teilaspekte zusammengefasst wie z.B. Verlust oder Tod einer nahestehenden Person, sozialer Rückzug, Verlust des Arbeitsplatzes, ein aus Sicht des Suizidenten nicht mehr kontrollierbarer Schuldenberg, schon länger bestehende Arbeitslosigkeit oder der finanzielle Ruin bzw. direkter Verlust von Geldmitteln (durch z.B. Spielsucht) etc., konflikthafte Beziehung zum sozialen Umfeld, Kumulation von sozialen Stressoren, zunehmende Pflegebedürftigkeit mit Belastung der Verwandten, Scheidung/Trennung, berufliche Misserfolge, Kündigung des Jobs, der Wohnung oder Abbruch einer Freundschaft/Beziehung oder ein körperliches Handicap, das zu sozialer Ausgrenzung führte.

Zur Einteilung in die Kategorie der medizinischen Auslösefaktoren kam es nach einer infausten Diagnose (Erkrankung, die unweigerlich zum Tode führt), anstehender Pflegebedürftigkeit, wiederholten Operationen, der Ablehnung weiterer medizinischer Therapien, nach Verlust von Körperfunktionen, Einschränkung der körperlichen Handlungsfreiheit, einer Erkrankung des eigenen Körpers oder innerhalb des direkten Umfeldes, Missdeutung medizinischer Diagnostik und dem fälschlichen Schluss, unheilbar krank zu sein, inadäquater Mitteilung einer Diagnose von Seiten des behandelnden Arztes oder ähnlichem.

Insgesamt erklärten von den Befragten fast 45% (also 27 Fälle) soziale Faktoren als ursächlich für die suizidale Handlung des Angehörigen und damit als häufigste angenommene Ursache für den Suizid des Angehörigen.

Die sozialen Faktoren sind nach diesen Ergebnissen für die männlichen Betroffenen eher suizidauslösend als für die weiblichen Suizidenten. 22 männliche Suizidenten stehen 5 weiblichen Fällen gegenüber, also 4-mal so viele Männer wie Frauen. Die insgesamt 14 weiblichen Suizidfälle konnten fast gleichmäßig auf die Antwortalternativen „Befürchtungen/Antizipation“ (5 Fälle weiblicher Suizidenten gegenüber 7 männlichen Fällen) und „Medizinische Faktoren“ (4 weibliche Fälle gg. 18 männliche) verteilt werden. An zweiter Stelle der durch die Hinterbliebenen angegebenen Suizidauslöser wurden die medizinischen Faktoren genannt. Mit insgesamt 22 Fällen (knapp 36% der Aussagen) war diese Kategorie noch vor den drittplatzierten Ängsten verantwortlich für den Suizid des betreffenden Angehörigen. Auch hier ist ein deutliches Überwiegen der männlichen Suizidenten zu verzeichnen (fast 5-mal mehr Männer im Vergleich zu den Frauen).

Betrachtet man die Zusammensetzung der 10 Mehrfachangaben, eine Vermutung eines Angehörigen hier außer Acht gelassen, so erkennt man eine deutliche Häufung männlicher Suizidenten, für die eine Kombination aus sozialen und medizinischen Faktoren sowie aus sozialen Faktoren gepaart mit antizipierten Komponenten zum Suizid geführt haben soll. Fünf Fälle entfielen auf die sozial-medizinische Kombination, 2 Fälle auf die sozial-antizipierte Kombinationsmöglichkeit. Diese beiden Kombinationen wurden für keine weibliche Suizidentin genannt. Die weiblichen Mehrfachnennungen wurden mit 2 Fällen allein bei der Kombination antizipierter und medizinischer Auslösefaktoren genannt, also eher im Sinne von Ängsten, die in Verbindung mit einer bevorstehenden medizinischen Situation wie Pflegebedürftigkeit, Heimeinweisung oder dem Verlust von Körperfunktionen zu sehen sind. Lediglich ein männlicher Fall wurde dieser Kategorie zugeordnet.

In den im Abschnitt 8.1 aufgeführten Kasuistiken sind verschiedene Beispiele erkennbar für die von den Hinterbliebenen berichteten Umstände, die sich vor dem Suizid des jeweiligen Angehörigen abgespielt haben sollen.

Zu bestehenden Grund- oder Vorerkrankungen wurden die Hinterbliebenen ebenfalls konkret befragt.

**Tabelle 19: Genannte Vor- oder Grunderkrankungen der Suizidenten, soweit den Befragten bekannt**

48 Suizidenten mit bekannten Vor- und Grunderkrankungen unter n = 58 Befragten	Gesamt	%	männliche Vorerkrankte n=36	% der männlichen Vorerkrankten	Weibliche Vorerkrankte n=12	% der weiblichen Vorerkrankten
Herz-Kreislauf	19	39,58	17	47,22	2	16,67
Stoffwechsel	14	29,17	11	30,56	3	25,00
Bewegungsapparat	15	31,25	11	30,56	4	33,33
Carcinom	9	18,75	7	19,44	2	16,67
Infektionen	4	8,33	2	5,56	2	16,67
chron. Schmerz	14	29,17	10	27,78	4	33,33
chir. Intervention	6	12,50	5	13,89	1	8,33
Psyche	19	39,58	12	33,33	7	58,33
Neurologische	16	33,33	12	33,33	4	33,33
Summe	116*	241,67	87	241,67	29	241,67

\* Mehrfachnennungen durch Mehrfachdiagnosen, als auch Verteilung auf mehrere Aspekte (z.B. „Arthrose“= Bewegungsapparat + chron. Schmerzsyndrom oder „Apoplex/Schlaganfall“ = Herz-Kreislauf + Neurologisch) bei konstanter Fallzahl, dadurch Summen der Prozentangaben über 100% (wie auch im Kapitel 4.3. „Wahl der Suizidmittel“)

Unter den Kategorien wurden an Syndromen genannt:

- HERZ-KREISLAUF: Aortenaneurysma, Herzinfarkt, Hypertonus, cardiale Arrhythmien, Herzinsuffizienz, Bypass-OP, Apoplex, pAVK
- STOFFWECHSEL: Diabetes, Gicht, Magen-Darm-Erkrankungen, Urologische und Genitale Erkrankungen, Allergien, Hypercholesterinämie, Autoimmunerkrankungen
- BEWEGUNGSAPPARAT: LWS- oder HWS-Syndrome, Arthrose, Rheuma, Amputationen, Paresen, Immobilität
- CARCINOM/NPL: Carcinomerkrankungen (in Remission oder aktiv), Adenome/Vorstufen von Krebserkrankungen
- INFJEKTIONEN: HIV, Hep A,B,C, TBC, Pneumonien, Abszesse
- CHRON. SCHMERZ: meistens Angaben in Verbindung mit Erkrankungen des Bewegungsapparates oder Carcinomen
- CHIR. INTERVENTION: Suizident hat kurz vorher OP durchlaufen oder OP war geplant, der sich S. durch den Suizid entzogen hat, diverse OP's explizit genannt
- PSYCHE: Unterteilung nach Syndromen siehe folgend in Tabelle 22
- NEUROLOGISCHE: M. Parkinson, Demenz, Apoplex, Trigemini-Neuralgien, Asperger-Autismus, Epilepsie

Zu dieser Aufstellung aller Syndrome und Erkrankungen muss angemerkt werden, dass die gesamten 48 Fälle (36 Männer, 12 Frauen) 116 verschiedene Syndrome oder Fremddiagnosen unter sich aufteilen. Um aus der Fülle von einzelnen Erkrankungen übersichtliche Hauptkategorien zu erstellen, wurden die Syndrome den verschiedenen Oberbegriffen zugeordnet. So wurde z.B. im Falle eines Schlaganfalles eine Nennung unter dem Aspekt „neurologisch“ und eine Nennung unter dem Aspekt „Herz-Kreislauf“ verbucht. Auf diese Weise entstanden einerseits aus der Multimorbidität (manche Suizidenten hatten mehr als 5 Hauptdiagnosen) und andererseits aus der Kategorisierung in Oberbegriffe die vielen Mehrfachnennungen.

Genannte Vorerkrankungen unter den Befragten

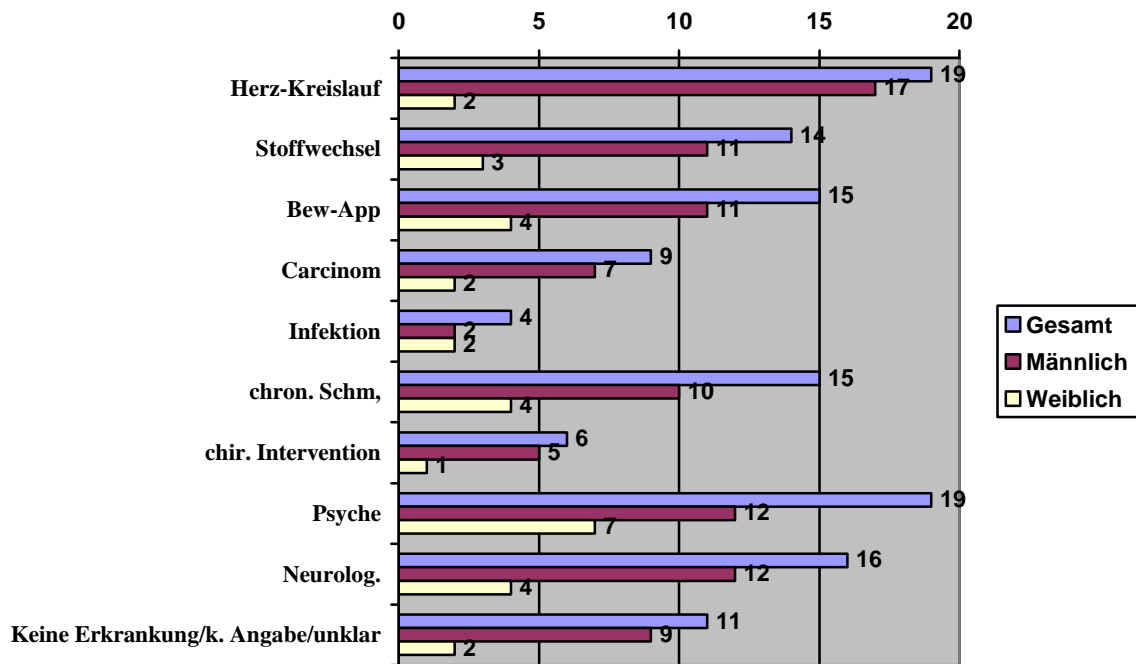


Diagramm 14: Frage nach Vorerkrankungen Befragte Fälle, n= 58

Die häufigsten Arten von genannten Vorerkrankungen waren die Herz-Kreislaufferkrankungen und die psychischen Erkrankungen mit je 19 Nennungen. Die Herz-Kreislaufferkrankungen waren in den meisten Fällen auf eine Arteriosklerose zurückzuführen (Herzinfarkte, koronare Insuffizienz, Bluthochdruckleiden, Schlaganfälle etc.) Diese Erkrankungen erzielten auch die bei den Männern die meisten Nennungen (17 Fälle).

Die psychischen Störungen waren bei den Frauen die am häufigsten berichteten Vorerkrankungen (7 Fälle, entsprechend 58% aller erkrankten Frauen). An zweiter Stelle in der gesamten Aufstellung wurden die neurologischen Erkrankungen genannt, mit 16 Fällen, entsprechend ca. 33% aller genannten Grundleiden. Zu diesen neurologischen Erkrankungen wurden die dementiell-degenerativen Entwicklungen wie Morbus Parkinson und Alzheimer-Demenz gezählt, die neurologischen Schmerzsyndrome (z.B. die Trigemini-Neuralgien), Epilepsie und ein Fall von Autismus. Die dritthäufigsten Grunderkrankungen, die in den Gesprächen aufgezeichnet wurden, waren die Störungen des Bewegungsapparates. Immerhin noch 15-mal wurden Leiden wie Wirbelsäulensyndrome, Arthrose, rheumatologische Erkrankungen, Amputationen und generelle Immobilität genannt. Die vierthäufigsten Syndrome teilen sich in der gesamten Auflistung die chronischen Schmerzsyndrome (meistens in Verbindung mit den Erkrankungen des Bewegungsapparates oder Carcinomen genannt) und die Erkrankungen des Stoffwechsels, wie Diabetes mellitus, Gicht, Allergien, Autoimmunerkrankungen oder Magen-Darm-Beschwerden). Diese beiden Kategorien vereinigten insgesamt je 14 Fälle, fast 29% der befragten vorerkrankten Fälle.

Auffällig ist die verschiedene Gewichtung der Geschlechter: die Männer litten hauptsächlich an Herz-Kreislaufferkrankungen, während die Frauen primär mit psychischen Störungen zu kämpfen hatten, noch deutlich vor den zweitplatzierten Störungen des Bewegungsapparates, der neurologischen und der schmerzverursachenden Syndrome.

Bei den Männern folgt die psychische Erkrankung erst an zweiter Stelle, gemeinsam mit den neurologischen Leiden.



Um aus dieser Fülle von Erkrankungen die Mehrfachdiagnosen besser abgrenzen zu können, wurden die Diagnosen hier erneut quantitativ zusammengefasst.

Über 30% aller Fälle hatten lediglich eine Grunderkrankung: 36% der Männer und 17% der Frauen. 25% aller befragten Fälle hatten 2 Diagnosen, 27% sogar 3 Diagnosen. Etwa 10% aller Fälle hatten 4 Diagnosen und weitere 6% hatten sogar 5 und mehr Diagnosen. Es sticht ins Auge, dass nach dieser Aufstellung prozentual die Frauen mit 1-3 Diagnosen eine geringere Multimorbidität aufzuweisen scheinen, während die Kategorien 4 und 5+X Diagnosen ausnahmslos allein von Männern besetzt wurden. Einschränkend muss angemerkt werden, dass das Fallzahlverhältnis von 3:1 Männern gegenüber Frauen die Prozentangaben verzerrt.

Im Rahmen der Erkrankungen wurde auch die körperliche Mobilität (als Maß für die erhaltene Lebensqualität der Suizidenten zum Todeszeitpunkt) der Betroffenen abgefragt. Demnach waren 46 Suizidenten (entsprechend 79%) zum Zeitpunkt ihres Todes uneingeschränkt mobil (34 Männer, 77% / 12 Frauen, 85%). 5 Fälle (8%) waren assistiert mobil, also auf Gehhilfen oder Unterstützung angewiesen. 3 Fälle, allesamt männlich, waren bettlägerig. 4 Befragte konnten keine Angaben zur Mobilität des Suizidenten machen. Betrachtet man die Altersgruppen, in denen sich die mobilen, die assistiert mobilen und die bettlägerigen Fälle sammeln, dann ergeben sich folgende Verteilungen:

Altersgruppen			Mobilität Männer									
Alters- verteilung Befragte "bis X Jahre"			% Anteil aller Männer			Assistiert + Bettlägerig		% Anteil aller Männer		Keine Angabe		% aller Männer
	gesamt	Prozent	Mobil	%			%			%		
0 - 10	0	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	
10 - 20	1	1,72	1	2,94	2,27	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	
20 - 30	5	8,62	4	11,76	9,09	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	
30 - 40	6	10,34	4	11,76	9,09	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	
40 - 50	7	12,07	4	11,76	9,09	0	0,00	0,00	1	2,27	2,27	
50 - 60	4	6,90	3	8,82	6,82	1	14,29	2,27	0	0,00	0,00	
60 - 70	11	18,97	6	17,65	13,64	3	42,86	6,82	0	0,00	0,00	
70 - 80	7	12,07	1	2,94	2,27	1	14,29	2,27	1	2,27	2,27	
80 - 90	17	29,31	11	32,35	25,00	2	28,57	4,55	1	2,27	2,27	
90 - 100	0	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	
Summe	58	100,00	34	100,00	77,27	7	100,00	15,91	3	6,82	6,82	

Tabelle 20: Vergleich Alter und Mobilität, befragte Fälle nach Geschlechtern getrennt, männliche Suizidenten

Die assistiert mobilen und bettlägerigen Suizidenten wurden hier zusammengefasst. Das Maximum der Immobilität erreicht die männliche Altersgruppe mit fast 7 % aller befragten männlichen Fälle zwischen 60 und 70 Jahren. Ein weiterer Anstieg auf 4,5% aller Männer ist in der Gruppe der der 80 bis 90-jährigen zu erkennen. Insgesamt machen die assistiert mobilen und die bettlägerigen Fälle einen Anteil am männlichen Geschlecht von knapp 16% aller Männer aus. Dagegen stehen die 77% der befragten männlichen Fälle, die uneingeschränkt mobil waren.

Altersgruppen			Mobilität Frauen									
Altersverteilung Befragte "bis X Jahre"			% Anteil aller Frauen			Assistiert + Bettlägerig		% Anteil aller Frauen		Keine Angabe		% aller Frauen
	gesamt	Prozent	Mobil	%			%		%			
0 - 10	0	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0	
10 - 20	1	1,72	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0	
20 - 30	5	8,62	1	8,33	7,14	0	0,00	0,00	0	0,00	0	
30 - 40	6	10,34	2	16,67	14,29	0	0,00	0,00	0	0,00	0	
40 - 50	7	12,07	2	16,67	14,29	0	0,00	0,00	0	0,00	0	
50 - 60	4	6,90	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0	
60 - 70	11	18,97	2	16,67	14,29	0	0,00	0,00	0	0,00	0	
70 - 80	7	12,07	3	25,00	21,43	1	100,00	7,14	0	0,00	0	
80 - 90	17	29,31	2	16,67	14,29	0	0,00	0,00	1	100,00	7,14	
90 - 100	0	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	
Summe	58	100,00	12	100,00	85,71	1	100,00	7,14	1	100,00	7,14	

Tabelle 21: Vergleich Alter und Mobilität, befragte Fälle nach Geschlechtern getrennt, weibliche Suizidenten

Bei den Frauen ist das Bild übersichtlicher. Dort wurden fast 86% der Fälle als uneingeschränkt mobil bezeichnet, nur ein Fall (7% der weiblichen Suizidenten) wurde als assistiert mobil bzw. bettlägerig bezeichnet. Dieser Fall wurde der Altersgruppe 70-80 Jahre zugeordnet. Damit wurden im Vergleich zu den Frauen mehr als doppelt so viele Männer mit eingeschränkt bis gar nicht mobil bezeichnet.

Werden die psychischen Erkrankungen eingehender betrachtet, ergibt sich eine Vielzahl an Syndromen und Störungen. Um diese Erkrankungen in einer übersichtlicheren Ordnung zusammenfassen zu können, wurden verschiedene übergeordnete Gruppen gebildet, die sich weitestgehend an der internationalen Klassifikation der Erkrankungen ICD in ihrer 10. Version orientieren, nicht aber mit den dort codierten psychischen Störungsclustern gleichzusetzen sind.

Tabelle 22: Unterteilung der psychischen Syndrome/psychiatrische Vorerkrankungen, Mehrfachnennungen möglich

Psychische Erkrankungen	Gesamt	%	Männlich		Weiblich	
				%		%
Affektive Störungen	14	56	9	52	5	62,5
Psychotische Störungen	2	8	1	6	1	12,5
Persönlichkeitsstörungen	1	4	1	6	0	0
Suchterkrankungen	4	16	3	18	1	12,5
Phobische/Neurotische Störungen	4	16	3	18	1	12,5
Summe	25	100	17	100	8	100

Genannt wurden aus den Kapiteln der Internationalen Krankheits-Klassifikation ICD (Version 10) folgende Syndrome:  
 ICD 10: F1 - Suchterkrankungen: Sedativa, Analgetika (F13), Alkohol (F10), illegale Drogen (F11; F12; F14)  
 ICD 10: F2 - Schizophrenie (F20.0), Wahnhafte Störungen (F22), akute Psychosen (F23), Schizoaffektive Strg (eigentlich F25)  
 ICD 10: F3 - Depressionen (F32 und F33), Manisch-depressive Strg (F31)  
 ICD 10: F4 und F5 - Angst- (F41), Zwangs- (F42), Eßstörungen (F50), Laxantienabusus (F55)  
 ICD 10: F6 - Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (F60.31), pathologisches Glücksspiel (F63.0)  
 ICD 10: F9 - Verhaltensstörungen: Stottern (F98.5)

Mit 14 Nennungen unter den psychischen Syndromen litten die meisten Suizidenten an affektiven Störungen, also die Stimmungslage und die Emotionen betreffenden Erkrankungen, was nicht sonderlich überraschend ist, denn auch die Depression und die bipolaren Störungen gehören zu dieser Kategorie. Die affektiven Störungen werden in der ICD im Kapitel F3 zusammengefasst. Die schizoaffektive Störung, von der ICD her eigentlich bei den schizophreniformen Störungen im Kapitel F2 zu finden, wurden wegen ihres ebenfalls depressiven Anteils (und der damit einhergehenden erhöhten Suizidgefahr) der Kategorie der

affektiven Störungen zugeordnet. Von den Männern waren 9 Fälle laut ihrer Hinterbliebenen an solchen affektiven Störungen erkrankt, bei den Frauen 5 Fälle. Die zweithäufigsten psychischen Erkrankungen waren mit je 4 Fällen die Suchterkrankungen (F1) und die phobischen/neurotischen Störungen (F4 und F5). Zu den Suchterkrankungen wurden alle Arten von Abhängigkeiten von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten sowie das pathologische Glücksspiel (welches genau genommen keine Sucht im medizinischen Sinne darstellt, sondern nach ICD10 unter den Störungen der Impulskontrolle im Kapitel F6 aufgeführt wird) gezählt. Die neurotischen/phobischen Störungen vereinen die Angst-, Zwangs-, Essstörungen und einen Fall von Stottern, welches man im weitesten Sinne als Zwangsstörung sehen kann, nach ICD10 aber eine jugendliche Entwicklungsstörung ist. Diese beiden Kategorien waren eher von Männern mit je 3 Fällen als mit Frauen (je 1 Fall) besetzt. Nur geringfügig schlugen die schizophreniformen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen mit insgesamt 2 Fällen bzw. 1 Fall ins Gewicht.

Betrachtet man nun die affektiven Störungen genauer und sucht unter der Grundgesamtheit sowie den unbefragten Fällen nach Hinweisen für Depressionen, so bekommt man eine Vorstellung über die ungefähre Anzahl der affektiv erkrankten Suizidenten, deren Hinterbliebene nicht für eine Befragung zu Verfügung standen. Häufig konnten bei der Sammlung der Fälle aus den Sektionsberichten, toxikologischen Untersuchungen oder Angaben von Polizeibeamten über die Auffindesituation Hinweise für die Einnahme von verschreibungspflichtigen Antidepressiva abgeleitet werden. Manchmal war im Sektionsantrag verzeichnet, dass „Antidepressiva bei der Leiche gefunden“ wurden oder „die Ehefrau gab an, ihr Mann sei jahrelang depressiv gewesen“. Die Angaben konnten nicht in jedem Fall überprüft werden und erheben nicht den Anspruch der Vollständigkeit, sie sollen lediglich verdeutlichen, wie weit verbreitet die „Volkskrankheit Depression“ tatsächlich ist. Wenn in einem Interview ein Hinterbliebener seinem suizidierten Angehörigen eine depressive Erkrankung bescheinigte, so sind diese Informationen auch nicht als valide anzusehen, da nicht jeder Hinweis auf eine Depression einer affektiven Störung im klinischen Sinne entspricht. Eine depressive Grundstimmung oder eine depressive Episode ist nicht gleich einer manifesten depressiven Störung. Dazu auch weitere einschränkende Anmerkungen im Diskussionsabschnitt.

Unter den 212 Suizidenten der Grundgesamtheit fanden sich Hinweise für Depressionen bei insgesamt 29 Fällen, entsprechend 14% des Gesamtkollektivs. 14 Fälle waren männlichen Geschlechtes, 15 waren weiblich. Auf die geschlechtseigene Gruppe bezogen, machten die Männer mit Depressionen unter den 143 Männern fast 10% aus, bei den Frauen aus 69 Fällen einen prozentualen Anteil von über 20%.

Untersucht man nur die 154 unbefragten Fälle auf Hinweise zu depressiven Störungen, antidepressive Medikamente oder fremdanamnestische Angaben von Angehörigen, so finden sich insgesamt 8 Fälle (5% aller Unbefragten), davon 2 Männer und 6 Frauen. Prozentual nach Geschlechtern getrennt ergeben sich bei den Männern 2% mit Depressionen, bei den Frauen sogar fast 11%.

Werfen wir nun einen Blick auf die Aussagen der befragten Hinterbliebenen der 58 Suizidenten, die depressiven Vorerkrankungen betreffend. Teilweise waren die Angaben widersprüchlich. Wurden noch bei manchen Suizidenten die Depressionen als Vorerkrankung angegeben, dann konnte im späteren Verlauf des Gesprächs durchaus ein anderer Auslösefaktor für den Suizid verantwortlich gemacht werden. Schließlich ist nicht jeder Depressive suizidal und nicht jeder Suizident suizidiert sich im Rahmen seiner Depression. Aber es kam im Verlauf der Gespräche wiederholt vor, dass ein Suizident als gesund und ohne Vorerkrankung bezeichnet wurde, dann aber als Auslösefaktor eine langjährige

Depression nachgesagt bekam. Nur die wenigsten Hinterbliebenen nannten die depressiven Verstimmungen des Suizidenten als Vorerkrankung und als Auslösefaktor. Zu den Ergebnissen:

<b>Angaben zu Depression, egal wo genannt</b>			
<b>alle befragten Fälle n=58</b>		<b>% von n=58</b>	<b>% befr. m/w</b>
Männlich	12	20,69	27,27
Weiblich	9	15,52	64,29
Summe	21	36,21	
<b>Befragte: Angabe Depression in "Grunderkrankungen"</b>			
Männlich	8	13,79	18,18
Weiblich	7	12,07	50,00
Summe	15	25,86	
<b>Befragte: Angabe Depression in "Auslösenden Faktoren"</b>			
Männlich	5	8,62	11,36
Weiblich	7	12,07	50,00
Summe	12	20,69	
<b>Befragte: Angabe Depression in "Auslöse-Faktoren", jedoch nicht in "Grunderkrankungen"</b>			
Männlich	4	6,90	9,09
Weiblich	2	3,45	14,29
Summe	6	10,34	
<b>Befragte: Depression in "Grunderkrankung" + "Auslösender Faktor"</b>			
Männlich	1	1,72	2,27
Weiblich	4	6,90	28,57
Summe	5	8,62	

**Tabelle 23: Angaben über Depressionen der Suizidenten, befragte Fälle (Gesamt/Grunderkrankungen/Auslösefaktoren)**

Von den 58 befragten Fällen, unabhängig wo (ob bei Grunderkrankungen oder Auslösefaktoren) diese genannt wurden, konnten 21 Suizidenten unter Vorbehalt als depressiv bezeichnet werden, entsprechend 36% aller befragten Fälle. 12 Fälle waren Männer (fast 21% aller befragten Fälle und 27% der männlichen Suizidenten). 9 Fälle waren Frauen (15,5% aller befragten Fälle und fast 65% der weiblichen Suizidenten). 15 dieser 21 Fälle waren unter den Grunderkrankten als depressiv bezeichnet worden (8 Männer, 7 Frauen), weitere 12 Hinterbliebene gaben an, der Suizident habe sich wegen der Depression suizidiert (11% aller männlichen befragten Fälle/ 50% aller weiblichen befragten Fälle).

Betrachtet man nun, welche dieser Fälle zwar die Depression als Auslösefaktor identifiziert haben, aber in der Grunderkrankung diese Störung nicht angaben, dann bleiben noch 10% aller befragten Fälle übrig (9% der Männer und 14% der Frauen), deren Angehörige die Depression nicht als Krankheit sahen bzw. dieser keinen Krankheitswert beimaßen. Lediglich 5 Fälle (8,5% der befragten Hinterbliebenen) konnten die Depression als Vorerkrankung nennen und auch eine Verbindung zwischen dem Suizid und dieser Störung herstellen.

#### **4.8. Inanspruchnahme professioneller Hilfe, Psychotherapie und psychische Erkrankung**

Zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe oder dem Bestreben der Suizidenten, sich Unterstützung gegen die empfundene Lebensmüdigkeit zu organisieren, gaben die Hinterbliebenen an, dass über 30% (18 Fälle) sich zu Lebzeiten an andere Menschen oder Institutionen mit Hilfsangeboten wendeten. Dabei waren mit 50% Frauen (7 Fälle) gegenüber Männern (25%, 11 Fälle) deutlich gewillter, sich bei der Bewältigung der Suizidgedanken helfen zu lassen. Mehr Fälle, nämlich 32% (19 Fälle) aller Suizidenten insgesamt sollen jedoch Hilfsangebote abgelehnt haben. Die Männer mit 34% (15 Fälle) schienen diesbezüglich den Frauen gegenüber (4 Fälle, 28,5%) „beratungsresistenter“. Zu 16 Fällen wurden keine Angaben abgegeben, 5 Befragte wussten nichts über eventuell stattgefundenene Inanspruchnahmen.

Wo sich die 18 Suizidenten Hilfe erhofften, welche Stellen kontaktiert wurden, war Bestandteil der nächsten Frage. Die meisten Kontakte zu professionellen Stellen waren bei den Psychiatern und Nervenärzten zu verzeichnen. 11 Fälle insgesamt, 27% der Befragten, versuchten dort Hilfe zu bekommen. Die Frauen waren mit fast 42% diesem Angebot zugänglicher als die Männer mit 21%. Als zweithäufigste Stelle wurden von den Suizidgefährdeten die Psychologen aufgesucht, von den weiblichen Fällen in 25% und von den Männern in knapp 15% der Fälle. Genauso häufig wie zum Psychologen gingen die Männer zu ihrem Hausarzt. Die hausärztliche Praxis war überhaupt die dritthäufigste Anlaufstelle für Menschen mit Suizidgedanken, mit ausgeglichenem Verhältnis von Männern und Frauen. Nach dem Hausarzt wurden in absteigender Reihenfolge und Fallzahl die Krankenhäuser und Verwandten, dann die Freunde und Bekannten und als letztes wurden Arbeitskollegen, Internetchats, psychosoziale Tagesstätten und sogar Geistliche kontaktiert. Auffällig wirkt bei dieser Aufstellung, dass eher Männer dazu neigen, sich außerhalb des professionellen Bereiches bei Freunden/Bekanntem, Arbeitskollegen, Chatrooms und bei Geistlichen Hilfe zu organisieren, während Frauen eher den medizinisch-psychologischen Angeboten vertrauten und sich selbst dann nur an Nahestehende wie Verwandte wendeten. Da bei dieser Frage Mehrfachangaben möglich waren, wurden die Angaben zu Mehrfachnennungen separat aufgeführt.

Mehr als ein Hilfsangebot/Institution wurde von insgesamt 11 Suizidenten kontaktiert. An 2 Angebote wendeten sich je 1 Mann und 1 Frau. 7 Hilfesuchende, 5 Männer und 2 Frauen stellten sich bei 3 verschiedenen Angeboten vor. Weitere 2 Fälle, ausschließlich Männer, kontaktierten sogar 4 verschiedene Stellen.

Ob mit diesen Institutionen auch ein Termin/Gespräch vereinbart wurde, war Gegenstand der nächsten Frage an die Hinterbliebenen der 18 Suizidenten, die sich im Vorfeld um Unterstützung bemüht hatten. Von diesen 18 Fällen, 11 Männern und 7 Frauen, vereinbarten fast 78% einen Gesprächstermin (8 Männer und 6 Frauen), ein männlicher Fall tat dies nicht und über eine weibliche Suizidentin wusste die Hinterbliebene keine genaue Angabe zu machen. Zu 2 Fällen, beides Männer, gab es keine Angaben, ob ein Termin vereinbart wurde oder nicht.

Folgend wurden die Hinterbliebenen dieser 14 Fälle, die einen Termin vereinbart hatten, befragt, ob dieser Termin tatsächlich stattfand oder nicht: Insgesamt 12 von 14 Suizidenten gelang es, den vereinbarten Gesprächstermin wahrzunehmen, 15% aller Hilfsbedürftigen gingen dem System zwischen der Terminvereinbarung und der Wahrnehmung des Termins verloren. Immerhin nahmen 87% der Männer mit 7 Fällen und 83% der Frauen mit 5 Fällen ihren Termin wahr.

Berechnet man die Ausfallquote in Prozent zwischen den Suizidenten, die sich gegen die aufkommenden oder bestehenden Suizidgedanken Hilfe und Unterstützung organisieren wollten und die letztlich zu einem Gesprächs- oder Beratungstermin erschienen, so erhält man einen Verlust von 33%, da von anfangs 18 Suizidenten nur 12 ein Gespräch führten. Getrennt nach Geschlechtern zeigen die Frauen eine konstantere Einhaltung der Termine, denn 71% (5 Gespräche von 7 Unterstützungswilligen) von ihnen gingen zu den vereinbarten Gesprächen, während die Männer nur mit einer 63%igen Einhaltung (11 Unterstützungswillige bei 7 stattgefundenen Gesprächen) zu den Gesprächen erschienen.

Die Gründe für ein Scheitern der Gesprächstermine wurden ebenfalls abgefragt: Von 6 Terminen wurden 4 von Männern und 2 von Frauen nicht wahrgenommen. Die meistgenannten Gegenargumente der Suizidenten waren, es seien keine weiteren Termine nötig (wenn dies nach einem Vorgespräch zu einer möglicherweise geplanten Psychotherapie geäußert wurde) oder der Termin wurde vom Betroffenen grundlegend abgelehnt (oftmals, wenn die Terminvereinbarung fremdmotiviert z.B. durch die Ehefrau oder die Eltern nach anfänglicher Zustimmung des Betroffenen in die Wege geleitet wurde). 3 Fälle äußerten sich derart, davon waren 2 Fälle weiblich und ein Fall männlich. Die restlichen 3 Fälle, allesamt männlich, verteilen sich auf 3 Antwortmöglichkeiten:

Ein Fall fand die angebotene Therapie zu teuer, um sie aus eigener Tasche zu zahlen, ein weiterer kritisierte die lange Wartezeit bis zum Stattfinden des Termins (in diesem Fall 2 Monate) und der letzte suizidierte sich am Vortag des psychotherapeutischen Gesprächstermins.

Unabhängig von der Suche nach Hilfs- oder Unterstützungsangeboten wurden alle Hinterbliebenen befragt, ob der betroffene Suizident sich in einem psychotherapeutischen Kontakt oder einer Behandlung befand:

Von den 58 Befragten gaben 13 einen psychotherapeutischen Kontakt an, 7 Fälle bei den Männern und 6 bei den Frauen. Prozentual gesehen macht dies jedoch eine deutliche Differenz aus, denn demnach ließen sich nur knapp 16% der Männer psychotherapeutisch behandeln, aber über 42% der weiblichen Suizidenten. Der überwiegende Teil, nämlich 58% aller befragten Hinterbliebenen, gab an, der Suizident habe keine Therapie gemacht (63% bei den Männern; 42% bei den Frauen, und damit genau so viele Suizidentinnen, wie sich in einer Therapie befanden).

Über die Dauer der Therapie und ob die so Behandelten zum Todeszeitpunkt noch aktiv in dieser Therapie waren, wurden die Hinterbliebenen ebenfalls befragt:

Durchschnittliche Dauer der Therapie	gesamt		m		w		Davon in Therapie <u>aktiv</u> zum Todeszeitpunkt (% Angaben beziehen sich auf n=13 psychotherapeutisch Behandelte)					
	gesamt	%	m	%	w	%	gesamt	%	m	%	w	%
bis zu 6 Monaten	3	23,08	2	28,57	1	16,67	2	15,38	1	14,29	1	16,67
0,5 - 1 Jahr	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1 - 3 Jahre	3	23,08	2	28,57	1	16,67	1	7,69	0	0,00	1	16,67
3 - 5 Jahre	1	7,69	1	14,29	0	0,00	1	7,69	1	14,29	0	0,00
5 - 10 Jahre	1	7,69	0	0,00	1	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
k. Angabe über Dauer	5	38,46	2	28,57	3	50,00	1	7,69	1	14,29	0	0,00
Summe	13	100,00	7	100,00	6	100,00	5	38,46	3	42,86	2	33,33

Tabelle 24: Frage nach Dauer und Aktivität in dieser psychotherapeutischen Behandlung/Therapie

Die Dauer der Behandlung dauerte bei 3 Suizidenten bis zu 6 Monaten (entsprechend 23% aller Behandelten), bei weiteren 3 Fällen 1-3 Jahre. Jeweils ein Suizident ging zwischen 3-5 Jahren und 5-10 Jahren in Therapie. Zu 5 Suizidenten waren keine Angaben über die Dauer der psychotherapeutischen Kontakte zu erhalten.

Von den 13 an einer Psychotherapie teilnehmenden Suizidenten waren 5 Fälle noch aktiv in dieser Behandlung (3 Männer und 2 Frauen). Das entspricht einem Rest von 38%, die an der Therapie festhielten.

Es gab auch Hinweise der Hinterbliebenen zu stationären Psychotherapien, die also im Rahmen eines Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik oder Einrichtung stattgefunden haben sollen. Insgesamt 2 Suizidenten, deren Hinterbliebene befragt werden konnten, absolvierten eine stationäre Therapie: 1 Mann, der wegen einer autistischen Erkrankung in einer betreuten Wohngruppe lebte, war in einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in regelmäßiger Behandlung, zum Zeitpunkt des Suizids jedoch nicht stationär aufgenommen. Der zweite Fall von Suizid im Rahmen einer stationären Anbindung war eine Frau, die sich seit 3 Jahren wegen ihrer Depression in Behandlung befand und regelmäßige ambulante Termine in der Tagesklinik wahrnahm. Auch sie war zum Zeitpunkt des Suizids nicht in vollstationärer Behandlung.

Die weiteren Todesfälle während oder im Umfeld einer stationären Behandlung, unabhängig ob diese Behandlung psychiatrisch, psychotherapeutisch oder somatisch war, werden später eingehender analysiert.

Aus dem Datenmaterial (siehe auch die Tabellensammlung im Anhang ab Seite 102) war nun abzuleiten, wie viele der Suizidenten, die an einer psychischen Vorerkrankung erkrankt waren oder die eine psychische Störung unter den benannten Auslösefaktoren hatten, sich auch in einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung befanden:

Die Anzahl der Suizidenten, die laut ihrer Hinterbliebenen an einer psychischen Vorerkrankung litten, lag bei 20 Fällen (13 Männern und 7 Frauen).

Bezogen auf die gesamte Gruppe der 58 Befragten ergab dies einen Anteil von 34%, bezogen auf die Grundgesamtheit von 212 Fällen entsprechend über 9%. Von diesen 20 Fällen wurden 8 Suizidenten (3 Männer, 5 Frauen) psychotherapeutisch behandelt. Von den männlichen Fällen, die als psychisch vorerkrankt bezeichnet wurden, befanden sich also nur 23% in einer psychotherapeutischen Behandlung. Von den vorerkrankten Frauen befand sich ein weit größerer Anteil von über 70% in einer adäquaten Behandlung. Bezogen auf alle 20 psychisch Vorerkrankten ergibt sich eine Psychotherapiequote von 40%, was aber nicht abbildet, wie unterschiedlich die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind.

Als nächstes wurde untersucht, wie viele Suizidenten anteilig mit einer psychischen Erkrankung als Auslösefaktor genannt wurden:

Insgesamt wurde bei 15 Suizidenten (6 Männern und 9 Frauen) eine psychische Erkrankung oder Störung als auslösender Faktor für den Suizid verantwortlich gemacht. Bezogen auf alle Befragten waren dies fast 26%, bezogen auf die Grundgesamtheit von 213 Fällen entsprachen diese 15 Fälle ca. 7%.

6 von diesen 15 Fällen wurden auch psychotherapeutisch behandelt, also genau 40%. 2 der Suizidenten waren Männer, 4 waren weiblichen Geschlechts.

Unter diesen 15 Fällen von Suizidenten, deren befragte Hinterbliebene eine psychische Erkrankung als Auslösefaktor angaben, befanden sich 7 Fälle (4 Männer und 3 Frauen), für die keine psychische Erkrankung in der Vorgeschichte registriert wurde. Auf die Gruppe der 15 „Auslösefaktor-Suizidenten“ bezogen, ergab dies einen Anteil von immerhin 46%. Damit waren 12% aller Befragten Fälle Suizidenten, die in ihrer Vorgeschichte entweder unauffällig waren oder deren Angehörige die Vorerkrankung nicht (er-)kannten, in der Befragung aber

von ihren Hinterbliebenen eine psychische Erkrankung als Auslösefaktor vermutet wurde. Es wurde zum Beispiel in verschiedenen Gesprächen angegeben, der Suizid des Suizidenten sei durch dessen Depression begünstigt gewesen, aber unter den Vorerkrankungen wurde diese Depression nicht angegeben, so als sei eine Depression keine nennenswerte Erkrankung. Umgekehrt fanden sich 12 Suizidenten, die zwar eine psychische Vorerkrankung hatten, die aber von den Hinterbliebenen nicht als Begründung für die Vollerkrankung angegeben wurde. Damit wäre bei 60% der bekannten psychisch Erkrankten die Begründung für den Suizid anderweitig zu suchen, folgte man allein den Angaben der Angehörigen. Auffällig ist, dass von diesen 12 Suizidenten 11 männlichen Geschlechts waren (fast 92% derer, die psychisch vorerkrankt waren, sich aber deshalb angeblich nicht suizidierten).

Mit einer psychischen Erkrankung in der Vorgeschichte und als genannter Auslösefaktor ist von 8 Suizidenten (2 männliche und 6 weibliche) zu berichten. Von diesen 8 Fällen wurden 5 Suizidenten (1 Mann, 4 Frauen) von Psychotherapeuten behandelt. Dies entspricht einer Quote von 50% der Männer und 66% der Frauen, auf die beide Kategorien zutreffen.

Bezieht man nun die ermittelten Ergebnisse über in Anspruch genommene psychotherapeutische Angebote auf die verschiedenen Kollektive, die der befragten Fälle und die der Grundgesamtheit, dann erhält man bei insgesamt 13 Fällen mit Psychotherapieerfahrung einen Prozentsatz von insgesamt 22% der Befragten und 6% des Gesamtkollektivs, wobei die männlichen und weiblichen Fälle mit 12% und 10% bzw. 3,2% und 2,8% in relativ ausgeglichenem Verhältnis vorliegen.

Auch gibt es Fälle von psychotherapeutisch behandelten Suizidenten, die weder in der Vorgeschichte eine psychische Erkrankung von den Hinterbliebenen bescheinigt bekamen noch bei den Auslösefaktoren eine derartige Auffälligkeit zeigten. Der Grund für die Psychotherapie, wenn es denn keine Vorerkrankung gegeben haben soll, wurde in diesen Fällen durch den Fragebogen nicht abgefragt. 2 Fälle, je ein Mann und eine Frau, entsprechend 15% der psychotherapierten Fälle, 3 % aller Befragten, konnten dieser Sonderkategorie zugeordnet werden.

Vom Standpunkt der Psychotherapierten aus gesehen wurde analysiert, wie viele dieser Fälle sich gegen eventuell aufkommende oder geäußerte Suizidgedanken an Hilfseinrichtungen, professionelle oder nicht-professionelle Stellen wandten.

Überraschend ist, dass nicht alle in einer Psychotherapie befindlichen Suizidenten sich zusätzliche Unterstützung gegen ihre Suizidalität organisierten (ob die Suizidalität auch Thema der Psychotherapie war, ist ungewiss, da nicht alle befragten Hinterbliebenen über die Inhalte der Therapien informiert waren).

Die Hinterbliebenen berichteten, dass von den 13 Suizidenten, die sich in einer Psychotherapie engagierten oder jemals an einer solchen Therapie teilgenommen hatten, 9 Fälle (4 Männer und 5 Frauen) sich gegen die aufkommende Suizidalität Unterstützung organisierten. Dies entspricht einem geschlechtsspezifischen Anteil von 57% der männlichen und 83% der weiblichen Psychotherapie Teilnehmer.

#### **4.9. Konsum von Sucht- und Rauschmitteln**

Im Fragebogen wurde auch nach dem Konsum von Alkohol, verschreibungspflichtigen Medikamenten und illegalen Drogen gefragt. In der offen gestellten Frage konnten sich die Angehörigen dazu äußern, ob sie ein problematisches Konsumverhalten oder gar eine Abhängigkeit beim Suizidenten vermuteten (zur medizinischen Definition des Suchtbegriffes sei hier auf die Diskussion verwiesen). Das unterschiedliche Verständnis der Befragten, wann



ein „normaler“ Gebrauch einer Substanz in eine Abhängigkeit übergeht, beeinflusst maßgeblich die Validität dieser Untersuchungsergebnisse. Auch hierzu wird in der Diskussion erneut Stellung bezogen.

Eine Vorgabe, welche Arten von Substanzen oder ab wann welche Mengen als problematisch zu bezeichnen seien, wurde in der gestellten Frage nicht gegeben.

Unter den 58 befragten Hinterbliebenen äußerten 43% (25 Suizidenten) den Verdacht, es habe mindestens einen problematischen Missbrauch oder eine Abhängigkeit gegeben, 18 Fälle männlichen (40% aller befragten Fälle) und 7 Fälle weiblichen Geschlechts (50%). In etwa genau so viele, nämlich 27 Hinterbliebene (46%) konnten das Vorliegen einer Suchterkrankung nicht bestätigen, verteilt auf 22 männliche (50%) und 5 weibliche Suizidenten (35%). Zu 6 Fällen gab es zu dieser Frage keine Angaben. Eine „Weiß-nicht“-Antwort wurde nicht abgegeben.

Die 25 Hinterbliebenen, die den Konsum des Suizidenten mindestens als missbräuchlich vermutet hatten, wurden befragt, um welche Suchtstoffe es sich dabei handelte.

Die überwiegenden Aussagen fielen dabei auf den Alkoholkonsum. Von 17 Suizidenten, 48,5% aller Betroffenen, die einen Alkoholmissbrauch betrieben, waren 15 männlichen Geschlechts, was unter den Substanzen einen prozentualen Anteil von 57% der männlichen Suizidenten ausmacht. Danach folgte mit 6 Nennungen der Konsum von Cannabisprodukten, noch vor der missbräuchlichen Einnahme von Medikamenten, betrieben von 5 Suizidenten. Je 2 Suizidenten verteilen sich auf die Amphetamine und Kokain. Sicherlich dürfte die in zwei Fällen genannte Anzahl der Nikotinkonsumenten unter den Suizidenten höher gewesen sein, aber nicht alle Hinterbliebenen ordneten trotz der expliziten Frage nach Drogen- und Rauschmittelkonsum das Rauchen dieser Kategorie zu. Ein Suizident wurde als heroinabhängig bezeichnet.

mit Ja beantworteten 25 Befragte (von n=58):	Mehrfachnennungen möglich					
	gesamt	%	m	%	w	%
1 - Alkohol	17	68,00	15	83,33	2	28,57
2 - Cannabis	6	24,00	4	22,22	2	28,57
3 - Amphetamine	2	8,00	1	5,56	1	14,29
4 - Kokain	2	8,00	2	11,11	0	0,00
5 - Heroin	1	4,00	1	5,56	0	0,00
6 - Halluzinogene	0	0,00	0	0,00	0	0,00
7 - Medikamente	5	20,00	2	11,11	3	42,86
8 - Nikotin	2	8,00	1	5,56	2	28,57
Summe	35*	140,00	26	144,44	10	142,86

\* inkl. Mehrfachnennungen

**Tabelle 25: Frage nach Art und Zusammensetzung der verschiedenen Suchtmittel, befragte Fälle, durch Mehrfachnennungen >100%**

Da auch Mehrfachnennungen möglich waren, wurden diese auf die Anzahl der konsumierten Substanzen verteilt. 68% der 25 Suizidenten konsumierten nur 1 Substanz, 66% aller Männer und 71% aller Frauen. 6 Betroffene wurden als von 2 Substanzen gleichzeitig abhängig bezeichnet oder betrieben angeblich einen problematischen Gebrauch (entsprechend 24% aller Suizidenten mit Konsum von Rauschmitteln oder Drogen) und 2 Suizidenten, alle männlichen Geschlechts, waren sogar von 3 Substanzen abhängig.

#### 4.10. Krankenhausaufenthalte. Prä- und poststationäre Suizide

Auf die Frage, ob sich der Suizident während der letzten 6 Monate vor seinem Ableben in einer Krankenhausbehandlung befunden hat, antworteten von den 58 befragten Hinterbliebenen 31 mit „Ja“. Eine Quote von 53% aller Befragten, die sich auf 24 Männer und 7 Frauen verteilt.

Bei 5 Suizidenten ergab das Gespräch Hinweise für eine innerhalb der nächsten 14 Tage anstehende stationäre Behandlung, Termine zu Aufnahme waren bereits vereinbart oder Krankenseinweisungen vom Hausarzt lagen bereits vor. Auf alle befragten Fälle bezogen ergeben diese 5 Fälle einen prozentualen Anteil von fast 9%, auf die Grundgesamtheit von 212 Fällen bezogen knapp über 2% aller Suizidenten, die kurz vor einer Krankenhausbehandlung standen. Teils handelte es sich um eine psychiatrische Aufnahme in einer vollstationären Einrichtung, teils um eine Langzeittherapie, eine anstehende Operation oder sonstige somatische Indikationen, die eine Krankenhausaufnahme notwendig machten und derer sich die Suizidenten durch ihr Ableben entzogen (siehe Auslösefaktoren: „Wollte keine weiteren Krankenhausaufenthalte“, „Hatte Angst vor der Fußamputation“). In einem Fall war eine tagesklinische Aufnahme fest vereinbart, zu der es nicht mehr kam.

Untersucht man die Grundgesamtheit auf Hinweise von Suiziden während eines Krankenhausaufenthaltes oder einer Tagesklinikbehandlung, so findet man 9 Fälle (4% aller Suizidenten der Grundgesamtheit), 7 Männer und 2 Frauen, die sich aus dem Fenster ihrer Abteilung in die Tiefe stürzten oder sich im stationären Rahmen durch Erhängen suizidierten. Rechnet man dann die Fälle, die sich im polizeilichen Gewahrsam oder in Haft suizidierten, noch zu diesen Fällen hinzu, dann erhält man eine Gesamtanzahl von 13 Suizidenten, 10 Männer und 2 Frauen, die sich innerhalb dieser geschützten Institutionen und trotz der dort vorhandenen Personalpräsenz suizidieren konnten.

Eine Darstellung der poststationären Suizidfälle, also derer, die innerhalb von 14 Tagen vor ihrem Suizid aus einer Krankenhausbehandlung entlassen wurden, gelang in dieser Untersuchung bis auf eine Ausnahme leider nicht. Dieser eine Fall war eine weibliche Suizidentin, die 2 Wochen zuvor wegen eines Abortes in stationärer Behandlung gewesen war. Die anderen Fälle mit Hinweisen auf einen kürzlich beendeten Krankenhausaufenthalt waren entweder länger als 2 Wochen zuvor entlassen worden, oder es gab zu diesen Fällen keine Zeitangabe.

#### 4.11. Vergleich zwischen der offiziellen Suizidstatistik und den Zahlen des Instituts für Rechtsmedizin

Wirft man einen vergleichenden Blick auf die offiziellen Suizidzahlen des Jahres 2004, veröffentlicht vom Statistischen Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein (StLA) und setzt man sie in Relation zu den im Institut für Rechtsmedizin (IfR) ermittelten Fallzahlen, so ergibt sich folgendes Bild:

Suizidzahlen	Gesamt	Männlich	Weiblich
StLA	271	178	93
IfR	212	143	69
Differenz/Anzahl	59	35	24
Differenz in % /Abweichung	22	20	26

Tabelle 26: Offizielle Suizidstatistik des Statistischen Landesamtes 2004 im Vergleich zur IfR-Studie

Die im Jahr 2004 ins Institut für Rechtsmedizin verbrachten und als Suizide identifizierten 212 Fälle weichen von den durch das statistische Landesamt als Suizide geführten 271 Fällen um 59 Fälle ab, das entspricht einer Differenz von 22%. Dazu sollte bedacht werden, dass die für die Studie verwendeten Fallzahlen Ausschlußkriterien unterlagen, die zu Beginn des Ergebnisteils definiert wurden. Getrennt nach Geschlechtern, lagen die IfR-Fallzahlen bei den Männern 20% unter denen des statistischen Landesamtes, 178 offiziell registrierte Suizidenten gegenüber 143 ermittelten IfR-Suizidenten. Die Differenz bei den Frauen lag sogar bei fast 26%, nämlich 93 Fällen im Vergleich zu 69 Fällen im Institut für Rechtsmedizin.

Nach Altersgruppen von je 5 Jahren betrachtet erkennt man zum Teil erhebliche Differenzen der offiziellen Fallzahlen im Vergleich zu den Studienfallzahlen. Zwischen +75% (also mehr Suizidfälle im StLA als im IfR) und -21% (mehr Fälle im IfR) divergieren die Fallzahlen. In der Altersgruppe der 15-19-jährigen wurden im Rahmen der Studie alle offiziellen Suizidenten erfasst. In der Gruppe „20-24 Jahre“ lagen die StLA-Zahlen mit 25% über den IfR-Zahlen, wobei diese 25% einen Unterschied von 3 Suizidenten repräsentieren. Geringfügig unterschiedlich sind die Zahlen der Gruppe „25-29 Jahre“ mit 11%. In der Gruppe „30-34 Jahren“ ermittelte das IfR neben der Gruppe der 35-39-jährigen mehr Fälle als das StLA (6% bzw. 21% mehr Fälle im IfR). Bei allen restlichen Altersgruppen erbrachte die Zählung des StLA mehr Suizidote als die des IfR.

Die gravierendste Abweichung ergab sich in den Gruppen der 70-74-jährigen und der 85-89-jährigen. In der ersten Gruppe war ein Unterschied von 6 Fällen zu verzeichnen, der sich als Abweichung von 75% niederschlägt, in der zweiten Gruppe war eine anteilige Differenz von 8 Fällen Grund für eine Abweichung von 73%.

Auf Altersgruppen verteilt und nach Geschlechtern getrennt fand sich ein ähnlich breit gefächertes Spektrum Abweichungen.

Altersgruppe	StLA-Gesamt	IfR-Gesamt	Diff	Diff%
15 bis 19	6	6	0	0
20 bis 24	12	9	3	25
25 bis 29	18	16	2	11
30 bis 34	15	16	-1	-7
35 bis 39	19	23	-4	-21
40 bis 44	19	16	3	16
45 bis 49	16	15	1	6
50 bis 54	13	9	4	31
55 bis 59	18	13	5	28
60 bis 64	30	17	13	43
65 bis 69	23	19	4	17
70 bis 74	8	2	6	75
75 bis 79	22	17	5	23
80 bis 84	29	25	4	14
85 bis 89	11	3	8	73
90 plus X	12	6	6	50
Summe	271	212	59	22

**Tabelle 27: Altersvergleich der gesamten Suizidfälle nach der offiziellen Statistik des Statistischen Landesamtes und der IfR-Resultate**

Altersgruppe	StLA-Gesamt	IfR-Gesamt	Diff	Diff%
15 bis 19	4	4	0	0
20 bis 24	7	7	0	0
25 bis 29	12	11	1	8
30 bis 34	12	13	-1	-8
35 bis 39	13	15	-2	-15
40 bis 44	14	9	5	36
45 bis 49	8	12	-4	-50
50 bis 54	10	6	4	40
55 bis 59	13	7	6	46
60 bis 64	22	13	9	41
65 bis 69	17	16	1	6
70 bis 74	5	1	4	80
75 bis 79	12	8	4	33
80 bis 84	15	15	0	0
85 bis 89	6	2	4	67
90 plus X	8	4	4	50
Summe	178	143	35	20

**Tabelle 28: Altersvergleich der männlichen Suizidfälle nach der offiziellen Statistik des Statistischen Landesamtes und der IfR-Resultate**

Altersgruppe	StLA-Gesamt	IfR-Gesamt	Diff	Diff%
15 bis 19	2	2	0	0
20 bis 24	5	2	3	60
25 bis 29	6	5	1	16
30 bis 34	3	3	0	0
35 bis 39	6	8	-2	-33
40 bis 44	5	7	-2	-40
45 bis 49	8	3	5	62
50 bis 54	3	3	0	0
55 bis 59	5	6	-1	-20
60 bis 64	8	4	4	50
65 bis 69	6	3	3	50
70 bis 74	3	1	2	66
75 bis 79	10	9	1	10
80 bis 84	14	10	4	28
85 bis 89	5	1	4	80
90 plus X	4	2	2	50
Summe	93	69	24	25

**Tabelle 29: Altersvergleich der weiblichen Suizidfälle nach der offiziellen Statistik des Statistischen Landesamtes und der IfR-Resultate**

## 5. Diskussion

### 5.1. Einleitung

Der österreichische Schriftsteller und Publizist Jean Améry (1912-1978) setzte sich, nachdem er wegen seines Widerstandes gegen das nationalsozialistische Regime in Deutschland verhaftet wurde und mehrere Inhaftierungen in deutschen Konzentrationslagern überlebt hatte, in seinem 1976 erschienenen Buch „Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod“ kritisch mit der Suizidforschung und der psychiatrischen Behandlung suizidaler Menschen auseinander. Das Buch, dessen Aussagen in vielerlei Hinsicht über die Medizin hinaus fachübergreifend für kontroverse Diskussionen sorgt, ist ein Appell an die psychologische und psychiatrische Wissenschaft, den Suizid als freie Willensentscheidung und unveräußerliches Menschenrecht eines Jeden zu akzeptieren. Améry beschreibt den Entschluss zum Suizid wie das Eintauchen in eine in sich abgeschlossene Welt. Daher hält er die wissenschaftliche Suizidologie für eine kuriose Beschäftigung des Zählens von Fällen und Sammeln von Daten, die sich mit jedem erhobenen Datensatz weiter von der Materie entfernt. Seines Erachtens nach produziere die Suizidologie Ergebnisse und Fakten, die den späteren Suizidenten nicht erreichen und ihn nicht von seiner Tat abbringen könnten, da dieser lt. Améry die „Schwelle zum Absprung“ bereits innerlich übertreten habe, also praktisch immun gegen äußere Einflussnahme auf den Suizidentschluss ist. Nicht nur die wissenschaftliche Suizidologie wird von Améry kritisiert, auch die Psychiatrie wird von ihm als arrogant und selbstgefällig im Kontakt zu suizidalen Menschen beschrieben:

*„Dennoch ist es schlecht verträglich für das humane Gemüt, dass man den Suizidär [nach Améry jemand, der „das Projekt“ des Suizids in sich trägt oder mit dem Gedanken daran spielt], gelingt sein Vorhaben, schnöde verleugnet, gelingt es nicht, als einen Verrückten behandelt. In einem sich besonders fortschrittlich dünkendem, kleinen mitteleuropäischen Lande wird jeder „gerettete“ Suizidär, soferne er es nicht versteht, seine Tat zu verschleiern, ex officio in eine psychiatrische Klinik eingeliefert. Nie werde ich den schrecklichen und beschämenden Eindruck vergessen, der in mir geweckt wurde durch eine junge Frau, die nur von ihren Freitodabsichten gesprochen hatte und die nun, angetan mit einer Art von härenem Büßergewand, inmitten von Narren saß, verzweifelt das Urteil von ein paar universitär ausgebildeten Toren erwartend, denen sie intellektuell turmhoch überlegen war. Eine Kommission Wildfremder hatte zu entscheiden, ob und wann man sie freilassen würde. Welch unglaubliche Anmaßung einer Gesellschaft, die um den Tod nur herumredet! (Améry, 1976, [2])*

Man muss berücksichtigen, dass im Erscheinungsjahr des Buches 1976 noch gänzlich andere Bedingungen in psychiatrischen Kliniken herrschten. Jean Améry hat den Wandel hin zur psychotherapeutischen Begleitung suizidaler Menschen und den damit verbundenen Aufbau präventiver Hilfsnetzwerke für Menschen, die sich aus einer sozialen oder sonstigen Bedrängnis zum Suizid entscheiden, nicht mehr miterlebt. Im Jahre 1978, zwei Jahre nach Erscheinen seines Diskurses, suizidierte er sich 66-jährig in Salzburg.

Die hier vorliegende Studie soll keineswegs die Suizidologie im Sinne von Améry zu „gelehrtem Zank“ verleiten, sondern soll eine Analyse über die Suizide der Hansestadt Hamburg des Jahres 2004 wiedergeben. Diese Studie erhebt nicht den Anspruch, auf Grundlage der ermittelten Daten weise Voraussagen für die Zukunft zu formulieren, da sie wie fast alle Studien und Forschungsprojekte ihre Grenzen hat und sich prospektive Erkenntnisse daraus kaum ableiten lassen.

Sie soll eher einen Überblick verschaffen, wie sich am Beispiel der Hamburger Bürger das Suizidverhalten einer Großstadtbevölkerung entwickelt hat und wie diese Erkenntnisse der Suizidprävention helfen könnten, effektiver die Suizidgefährdeten zu erreichen und zu behandeln. Vergleiche mit anderen Studien über das Suizidverhalten in Großstädten sind aufgrund der geringen Validität der Daten nur bedingt herzustellen. Sicherlich aber erweitert die vorliegende Arbeit das Spektrum der bereits angefertigten epidemiologischen Untersuchungen.

## **5.2. Fehlerquellen und Gefahren der Missinterpretation**

Mögliche Grenzen und Einflussgrößen dieser Studie, die die ermittelten Ergebnisse verfälschen und zu Fehleinschätzungen führen könnten, ergeben sich bereits aus der Grundlage der Datenerhebung, nämlich dem fragebogengestützten Hinterbliebeneninterview. Insbesondere wären folgende Aspekte zu nennen:

### 1) Die Tageszeit der Datenerhebung / Unausgewogene Altersverteilung

Die Gespräche mit den Hinterbliebenen wurden für gewöhnlich wochentags zwischen 10 und 18 Uhr durchgeführt. Die Uhrzeiten und die Tatsache, dass nicht an Wochenenden Interviews durchgeführt wurden, beinhalten die Gefahr, dass man als Befrager berufstätige Hinterbliebene zu diesen Gesprächszeiten zuhause nicht erreicht. Eine Erklärung für die vielen Befragungen in den höheren Altersgruppen und die vergleichsweise niedrigen Befragungszahlen in der nominell an der Gesamtheit am häufigsten vertretenen Altersgruppe der 30 bis 40-jährigen könnte die Tatsache sein, dass die im Sektionsantrag häufig als nächste Verwandte angegebenen Eheleute von Rentnern selbst berentet und daher besser tagsüber telefonisch erreichbar sind als z.B. die noch berufstätigen Eheleute von 30 bis 50-jährigen, Eltern schulpflichtiger Jugendliche oder studierende Angehörige von Suizidenten mittleren Alters oder auch arbeitende Eltern von 20 bis 30-jährigen Suizidenten. Auf diese Weise enthalten die Studiendaten eine überproportional hohe Anzahl von älteren Suizidenten, die das Durchschnittsalter der befragten Fälle erhöhen und damit die Repräsentativität der Stichprobe einschränkt. Deutlich wird das Überwiegen der älteren Bevölkerungsgruppe zum Beispiel bei der Verteilung der Suizidarten auf die einzelnen Altersgruppen, wo allein die Fälle in der Gruppe der 80-90-jährigen fast 30% aller befragten Fälle ausmachen.

### 2) Subjektive Interviewantworten: Unkenntnis, Fehlangaben oder Vermutungen der Befragten

Die Angaben der Hinterbliebenen bezüglich medizinischer Details wie Vorerkrankungen, Kontakte zu Suizidpräventionsstellen oder Ärzten sind vor dem Hintergrund, dass dort medizinische Laien, teils auch entferntere Verwandte oder in Ermangelung von Familienangehörigen auch Nachbarn befragt wurden, als wenig valide einzuschätzen. Selbst nahe Angehörige, die der Befragung zur Verfügung standen, hatten teilweise jahrelang keinen regelmäßigen Kontakt zur betroffenen Person, konnten daher ihre Angaben nur schätzen bzw. über die zugrunde liegenden Motive des Suizidenten nur spekulieren.

Die Antworten waren größtenteils rein subjektiver Natur. Häufig wurden Depressionen nicht als manifeste psychische Erkrankungen, jahrelanger Alkoholismus möglicherweise als unproblematischer Konsum bezeichnet. Auch der umgekehrte Fall war möglich: Suizidenten konnten als depressionserkrankt beschrieben werden, auch ohne dass eine klinisch-manifeste Depression vorgelegen haben könnte. Eine Validierung durch die ärztlichen Behandler zur Beseitigung dieser Zweifel fand im Rahmen dieser Studie nicht statt.

Die erhobenen Daten, also die in der Befragung genannten Antworten unterlagen oftmals der Subjektivität des Befragten. Entweder, weil zu Vorerkrankungen, Medikationen oder Therapieverläufen nur unzureichende Fachkenntnis vorhanden war oder weil die Frage auf Aspekte abzielte, die in der Gesellschaft kritisch, tabuisiert oder als gesellschaftlich unerwünscht attribuiert werden (z.B. Frage nach Rauschmittelkonsum oder psychischen Erkrankungen), so dass der Befragte eventuell über die „schmutzige Wäsche der Familie“ nicht ohne weiteres einem „Unbekannten“ (dem Befrager) am Telefon Auskunft geben wollte. So sind z.B. auch die Antworten nach der finanziellen Situation des Suizidenten kritisch zu hinterfragen, da nicht die Höhe eventuell vorhandener Schulden abgefragt wurde und es insofern divergierende Ansichten über den Terminus „finanzielle Schwierigkeiten“ gibt. Ein Sozialhilfeempfänger wird einen anderen Schuldenbetrag als überwältigend empfunden haben als ein leitender Angestellter etwa oder ein pensionierter Akademiker. Hier eine allgemeingültige Definition für „finanzielle Probleme“ finden zu wollen ist nicht sinnvoll.

Wie man im Ergebnisteil nachvollziehen kann, wurden zwar über 80% der Suizidenten von den Befragten mit einer Grund- oder Vorerkrankung in Verbindung gebracht, der Rest als physisch und psychisch vollkommen gesund bezeichnet. Von einigen dieser nicht als „krank“ oder „in Behandlung“ bezeichneten Suizidenten erfährt man an anderer Stelle u.a. von psychischen Problemen, einer anstehenden Psychatrieeinweisung oder von zumindest psychosozialen Konflikten mit dem familiären Umfeld. Dass diese Suizidfälle von ihren Hinterbliebenen als „Gesund“ und „war nie krank“ eingeschätzt wurden, zeigt wie subjektiv gefärbt die Antwortqualität stellenweise einzuordnen ist.

Auch ist die Stigmatisierung der Hinterbliebenen nach einem Suizid nicht zu unterschätzen. Wurde zum Beispiel nach einem gesellschaftlich nicht sonderlich erwünschten Thema wie z.B. dem Drogenkonsum des Verstorbenen gefragt, so konnte eine negative Antwort dreierlei bedeuten: a) der Suizident hat keine Drogen konsumiert, b) der Suizident hat zwar Drogen konsumiert, aber es erfolgreich der Familie gegenüber verheimlicht oder c) der Suizident hat Drogen konsumiert, die Familie wusste davon, gab dies aber im Interview nicht zu, um das subjektiv empfundene „Ansehen“ neben dem die ganze Familie in ihrem Umfeld stark stigmatisierenden Suizid nicht noch weiter verschlechtern. Frei nach der Devise: „Über die Toten nichts Böses“.

Verschiedene Angaben der Hinterbliebenen sind auch als Schätzungen und Vermutungen wiedergegeben worden. Zum Beispiel konnten Fragen nach Suizidversuchen und deren Anzahl teilweise nur geschätzt werden. Waren Mehrfachversuche bekannt, so konnte häufig nicht genauer angegeben werden, welche Suizidversuchart wie oft verübt wurde (z.B. 3-maliger Suizidversuch auf 2 verschiedene Art und Weise, welche Methode wurde 2 Mal und welche nur 1 Mal gewählt).

Auch konnte nicht genau ermittelt werden, wie viele Suizidversuche möglicherweise unentdeckt geblieben sind (Dunkelziffer), da nicht jeder Suizident einen missglückten Suizidversuch seinen Angehörigen gegenüber gebeichtet haben dürfte. Entsprechend verhalten sich die Angaben zu prästationären, also vor einem Krankenhausaufenthalt, ausgeführten Suiziden. Nicht jeder Befragte konnte wissen, ob sein Angehöriger für eine stationäre Behandlung der Suizidalität vorgesehen war. Auch hierzu hätte man gerne die behandelnden Hausärzte befragt, da das Hausarztsystem durch Einführung der Praxisgebühr mittlerweile eine auf die fachärztliche Weiterbehandlung ausgerichtete Koordinationsfunktion innehat. Hausärzte überweisen suizidale Patienten entweder an niedergelassene Psychiater oder veranlassen die Krankenhauseinweisung. Diese Informationen standen dieser Studie nicht zur Verfügung.

### 3) Nicht alle Suizide der Hansestadt Hamburg wurden erfasst

Obwohl das Institut für Rechtsmedizin (IfR) am Hamburger Universitätsklinikum UKE die einzige Institution ist, in die im Hamburger Stadtgebiet aufgefundene Verstorbene verbracht werden, denen kein natürlicher Tod bescheinigt werden kann oder deren Todesursache im Rahmen einer rechtsmedizinischen Sektion zu ermitteln ist, weichen die zur Studie verfügbaren Todesfallzahlen den Suizid betreffend von den offiziellen Suizidfallzahlen des statistischen Landesamtes für Hamburg und Schleswig-Holstein ab. Die zur Erstellung dieser Studie verwendeten Fälle unterlagen einigen Ausschlußkriterien, sodass auch nicht alle Suizidtoten des IfR Eingang in die Studie fanden. Aber selbst vor Anwendung der Ausschlußkriterien lag die Gesamtanzahl von Suiziden noch 42 Fälle unterhalb der durch das statistische Landesamt aufgeführten 271 Fälle.

Die abweichenden Fallzahlen lassen sich durch die unterschiedlichen Formen der statistischen Erfassung beider Institutionen erklären: Während im Institut für Rechtsmedizin alle Fälle registriert werden, die im Hamburger Stadtgebiet aufgefunden werden (Sterbeortprinzip), zählt die Statistik des statistischen Landesamtes alle Suizidfälle, die von in Hamburg gemeldeten Bürgern begangen werden, unabhängig vom Ort des Suizids (Wohnortprinzip). So werden also auch Hamburger Bürger in dieser Statistik erfasst, die sich in anderen Bundesländern oder im Ausland suizidierten. Es ist darüber hinaus anzunehmen, dass es beim stLA als auch beim IfR Fälle in der Statistik auftauchen, die in der jeweils anderen Institution nicht geführt werden. So werden im IfR kaum die Suizidfälle registriert, die sich nach einem zuerst überlebten schweren Suizidversuch längere Zeit in einer Krankenhausbehandlung befanden und dann später an den Folgen verstarben (Organversagen nach Intoxikationen, irreparable Hirnschäden nach Erhängen etc.), die dann wiederum als „natürliche Todesursache“ in die Sterbestatistik eingehen.

Generell unterliegen alle Statistiken über das Thema Suizid einer großen Gefahr der Ungenauigkeit, da gerade im Bereich des Suizids mit einer hohen Anzahl nicht erkannter und daher nicht registrierter Suizidfälle gerechnet werden muss.

Wie schon die Forschungsgruppe des Therapiezentrums für Suizidgefährdete TZS am Hamburger UKE feststellte, unterschätzen *„die offiziellen Angaben über Suizide [...] die tatsächliche Zahl. Es kann von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Unter den Todesarten Verkehrsunfälle, Drogen und den unklaren Todesursachen dürfte sich noch ein erheblicher Anteil nicht erkannter Suizide verbergen. Die statistischen Angaben über Suizide unterliegen noch weiteren Fehlerquellen wie Fehler bei der Datenübermittlung und unterschiedliche Dokumentationsmethoden. Die Daten des Statistischen Bundesamtes können deshalb als eine sehr konservative Schätzung der tatsächlichen Anzahl der Suizide gewertet werden, die um mindestens 25% höher angenommen wird.“* (Fiedler 2003 [9]).

Auch lässt sich schwer einschätzen, wie viele Fälle von Suizid im fortgeschrittenen Lebensalter nicht als solche erkannt werden. Wie bereits im Ergebnisteil festgestellt, waren die offiziellen Hamburger Fallzahlen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt in der Gruppe der 70 bis 75 jährigen rückläufig. Dieser vordergründig positive Trend sollte jedoch im Hinblick auf die anzunehmende Dunkelziffer kritisch hinterfragt werden. Da nicht alle Suizide durch offensichtliche Merkmale wie um den Hals angebrachte Strangwerkzeuge, typische Auffindesituationen wie nach einem Sturz aus der Höhe oder einen hinterlegten Abschiedsbrief erkennbar werden, stellt die eingehende und sorgfältige Leichenschau des den Tod bescheinigenden Arztes und eine mögliche Sektion zur Ursachenfindung ein wichtiges Bindeglied zur Minimierung unerkannter Suizide oder Kapitalverbrechen dar. Bei jungen Menschen vermutet man seltener von vorne herein eine körperliche Erkrankung als Ursache für ein plötzliches Ableben und ein Leichenbeschauer würde sich sicherlich nicht



mit einer kurzen Untersuchung begnügen. Ältere Menschen wiederum leiden oft an einer Vielzahl von körperlichen Erkrankungen, gleichzeitig haben diese Menschen nicht selten aufgrund dieser Erkrankungen potentiell zum Suizid taugliche Medikamente zur Verfügung. Ein Leichnam eines alten Menschen, der vom Hausarzt zur Leichenschau und Todesbescheinigung gesehen wird, gibt selten darüber Aufschluss, ob nicht eine Medikamentenintoxikation die Todesursache sein könnte. Besonders, wenn der begutachtende Arzt die Familie seit Jahren behandelt und über die genaue Krankheitsanamnese des Verstorbenen informiert ist und daraus vorschnell und fälschlich eine natürliche Todesursache ableitet.

Eine weitere Diskrepanz zur Todesursachenfindung ergibt sich aus der Hemmung vieler Ärzte, in Anwesenheit der Angehörigen bzw. in deren häuslichem Umfeld den Leichnam zur Leichenschau wie in §2 des Hamburger Bestattungsgesetzes vorgeschrieben komplett zu entkleiden, den Körper selbst und alle Körperöffnungen auf Hinweise zur Todesursache zu untersuchen, um Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod auszuschließen [10]. Wie auch von Rechtsmedizinern immer wieder angemahnt, entgehen so der Statistik nicht nur eine große Anzahl fremdverschuldeter Todesfälle (Morde), sondern auch entsprechend viele Suizidfälle.

Rückläufige Sektionszahlen und Schließungen rechtsmedizinischer Institute in ganz Deutschland werden dem Trend der hohen Dunkelziffern kaum Einhalt gebieten, sondern die Situation in Zukunft weiter verschärfen.

### **5.3. Ergebnisdiskussion**

#### **5.3.1. Demographisches**

Der Suizid nimmt in der deutschen Todesursachenstatistik nach den Herz-Kreislaufkrankungen, den Krebserkrankungen, dem Herzinfarkt, Erkrankungen des Atmungssystems und des Verdauungssystems den sechsten Rang ein [4]. Anders als in Deutschland ist die Suizidsterblichkeit zum Beispiel in den USA geringer. Dort ist der Suizid in der Todesursachenstatistik an Platz 11. Weltweit wird geschätzt, dass der Suizid an 13ter Stelle der Todesursachen rangiert [11].

Das Geschlechtsverhältnis männlich/weiblich der Suizidenten in Hamburg des Jahres 2004 betrug in dieser Datenanalyse in etwa 2:1, welches den offiziellen Verhältnisangaben der Stadt Hamburg mit 1,9:1 relativ nahe kommt, jedoch noch unter den bundesweiten Angaben von 2,8:1 liegt.

Während die bundesdeutsche Suizidrate seit Jahren rückläufig ist und 2004 13/100.000 Einwohner betrug [6], hatte die Stadt Hamburg die höchste Suizidrate seit dem Millenniumswechsel zu verzeichnen. Die von der Weltgesundheitsorganisation WHO veröffentlichten Zahlen zeichnen einen dramatischen Anstieg der Suizidrate bei Menschen höheren Lebensalters in Deutschland auf [8]. Auffällig ist, dass die Altersgruppe der über 75 jährigen mit einer Suizidrate von 29.7/100.000 Einwohner von allen Gruppen die höchste Suizidrate aufweist. Besonders die männlichen Bürger über 75 Jahre scheinen mit einer Rate von 55.8/100.000 einem fast 3½-fachen Suizidrisiko wie die weiblichen Bürger gleicher Altersstufe ausgesetzt.

#### **5.3.2. Suizid im Alter, Wahl der Suizidmittel**

Die Suizidfälle, deren Hinterbliebene häufiger an der Befragung teilnahmen, stammen überwiegend aus den Gruppen der 60 bis 70 jährigen und der 80 bis 90 jährigen. Da die deutsche Bevölkerung durch Geburtenrückgänge in den nächsten Jahren ein zunehmend höheres Durchschnittsalter erreichen wird, sollte sich in Zukunft auch die zur

Berechnung der Suizidraten herangezogene Vergleichsaltersgruppe, wie hier die der Älteren vergrößern. Sollte die Anzahl der Suizidfälle nicht im selben Maß ansteigen wie sich die Gruppe vergrößert, wird eine Alterung der Gesellschaft zu niedrigeren Suizidraten besonders der älteren Einwohner führen.

Nichtsdestotrotz sind die Zahlen des Suizids im Alter nicht zu bagatellisieren. Das Thema ist gerade wegen des zunehmenden Alters der Gesellschaft relevanter denn je. Schließlich ist die Alterssuizidalität schon seit längerem Bestandteil wissenschaftlicher Studien. So beschäftigten sich *Meehan, Saltzman* und *Sattin* bereits 1991 mit dem Suizidverhalten der älteren US-Bevölkerung [12]. Beobachtet wurde die Entwicklung der Suizidraten der über 65 jährigen US-Bevölkerung über den Zeitraum von mehr als 30 Jahren und nach anfänglichem Rückgang der Suizidraten zwischen 1950 und 1980 verzeichnete man einen Anstieg der Suizidraten, teils mit einem Zuwachs von bis zu 38% in der Altersgruppe der 80 bis 84 jährigen. *Meehan et al.* konnten aus den Daten eine Hochrisikogruppe herausarbeiten: Weiß, männlich, verwitwet oder geschieden und Bewohner der westlichen USA.

Inwiefern sich eine psychische Erkrankung auf das Suizidverhalten bei älteren Menschen auswirkt, untersuchte *Zubenko et al (1997)*, der die Lebenserwartung von 809 älteren psychiatrischen Patienten mit hirnganischen, dementiellen, affektiven und psychotischen Störungen über fast 6 Jahre hinweg beobachtete und die Todesursachen miteinander verglich [13].

Er erkannte einen lebensverkürzenden Effekt auf die Lebenserwartung von hirnganisch oder psychisch erkrankten alten Menschen. Die Todesursachen verteilten sich im Spektrum der natürlichen Ursachen, wobei die affektiv Gestörten ein deutlich höheres Risiko als die anderen Patientengruppen und die Vergleichsbevölkerung hatten, an Magen-Darm-Trakt-Erkrankungen oder durch Suizid zu versterben. Der Autor empfand den Anteil der Suizide an den Todesursachen mit 1% an der untersuchten Gruppe als etwas zu niedrig, epidemiologisch jedoch konnte er ähnliche Risikofaktoren ermitteln, wie *Meehan et al.*: höheres Lebensalter, männlich und depressionserkrankt. Zum Ergebnis, dass nicht erkannte oder nicht behandelte Depressionen besonders bei der älteren Bevölkerung zu einem großen Teil der Suizidfälle verantwortlich zu machen sei, kommt auch die amerikanische Vereinigung für Suizidprävention AAS (*American Association of Suicidology*) in ihrem Tatsachenbericht von 2006 [14].

*Abrams et al. (2005)* untersuchten am Beispiel von älteren Bewohnern in New York City, ob sich Alter und die Wahl des Suizidmittels in Zusammenhang bringen lassen [15]. Untersucht wurden alle rechtsmedizinisch verifizierten Suizide in New York zwischen 1990 und 1998 und jeweils ältere mit jüngeren Suizidenten in Bezug auf die Wahl der Suizidmittel. Dabei konnte festgestellt werden, dass der Sturz aus der Höhe mit höherer Wahrscheinlichkeit bei Suizidenten über 65 Jahren anzutreffen war als unter jüngeren Suizidenten. Von den Suizidenten, die durch den Sturz aus der Höhe verstarben und über 65 Jahre waren, sprangen mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit mehr Suizidenten aus ihrem eigenen Wohngebäude. *Abrams* stellte den starken Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Suizidhandlungen und dem Auftreten von Depression und körperlicher Erkrankung bei älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen heraus. Ein weiterer Unterschied zwischen älteren und jüngeren Suizidenten war, dass die Älteren auch einen höheren Anteil vollendeter Suizide im Verhältnis zu vorherigen Suizidversuchen aufwiesen.

Bezüglich der älteren Bevölkerung und ihrer körperlichen Gebrechen in Hamburg scheint sich die Mobilität und deren Verlust nach den Hamburger Beobachtungen aus 2004 trotz des höheren Altenanteils nicht wesentlich auf die Suizidzahlen ausgewirkt zu haben. Fast 80% der Suizidenten im Beobachtungszeitraum waren uneingeschränkt mobil.

Zur Wahl der Suizidmittel bei Älteren konnten aus der amerikanischen Arbeit keine allgemeingültigen Aussagen abgeleitet werden. Generell wurde festgestellt, dass eher lokale Faktoren die Suizidmittelwahl beeinflussen (z.B. die Verfügbarkeit von Feuerwaffen oder der Zugang zu Hochhäusern). Letztlich wird angenommen, dass für ältere Menschen der Sprung aus der Höhe wegen seiner niedrigen Misslingensrate, der leichten Durchführbarkeit, besonders für körperlich gebrechliche Menschen in einer Stadt mit vielen hohen Gebäuden eine „attraktive“ Alternative darstellt.

Die Hamburger Analyse konnte, die Wahl der Suizidmethoden betrachtend, diese Angaben nicht reproduzieren. Eine altersbedingte Häufung von Suiziden durch Sturz aus der Höhe konnte in den höheren Altersgruppen nicht nachvollzogen werden, eher eine geschlechtsspezifische Präferenz. Das Erhängen als bevorzugte Suizidmethode rangierte mit 38% aller im IfR registrierten Suizidfälle weit vor dem zweithäufigsten Suizidmittel, dem Sturz aus der Höhe. Interessanterweise entschieden sich in der Kategorie der Suizidmethoden mehr Frauen für den Sprung in die Tiefe als Männer, die sich wiederum durch alle Altersgruppen hindurch bevorzugt erhängten.

Bei der Ergebnisauswertung wurde deutlich, dass unter den nicht befragten Fällen in der Gruppe der 10-20-jährigen mehr Suizidenten den Sprung aus der Höhe wählten als z.B. das ansonsten von vielen anderen Altersgruppen favorisierte Erhängen. Unter den befragten Fällen findet man keine Wiederholung dieser Tendenz. Betrachtet man aber die zugrunde liegenden Informationen, so findet sich eine Häufung der jungen Suizidenten der Grundgesamtheit, bevor die Ausschlußkriterien angewendet wurden. Nach der Bereinigung der Daten durch die Ausschlußkriterien ist diese Häufung nicht mehr zu erkennen. Grund für das Ausschließen dieses Trends ist die Tatsache, dass auch häufig auswärtige, nicht in Hamburg gemeldete Suizidenten Hamburg aufsuchen, um die hier vorhandenen hohen Gebäude/Brücken zur Suizidhandlung zu verwenden.

*Bennewith (2005)* analysierte mit seiner Arbeitsgruppe über einen Zeitraum von 6 Monaten insgesamt 162 Fälle des Erhängens in England [16]. Wie auch in Deutschland ist in England und Wales das Erhängen die häufigste Suizidmethode. Etwa 6% der untersuchten Fälle waren Psychatriepatienten, wovon 3% aller Fälle in stationärer Behandlung starben, weitere 3% der Suizidenten waren Inhaftierte. Von den 162 Suiziden durch Erhängen hatten 4% zusätzlich eine Medikamenten- oder Drogenüberdosis eingenommen. So sollte vorgesorgt werden für den Fall, dass sie noch lebendig aufgefunden würden. Denn bei einem Überlebenden nach einem Erhängungsversuch werde lt. *Bennewith* in der Notaufnahme eines Krankenhaus häufig das Erhängen als Behandlungsfokus gesehen, ohne dass die Möglichkeit einer parallel zu versorgenden Intoxikation und die Gefahr des Versterbens daran in Betracht gezogen werde. Bei 72% der englischen Fälle gab es Aufzeichnungen über Kontakte zu psychiatrischen Diensten oder Einrichtungen, 41% aller Fälle waren zum Todeszeitpunkt im Kontakt zu diesen Diensten. 55% hatten eine affektive Störung, 13% waren schizophoren. 93% hatten Aufzeichnung zu vergangenem selbstverletzenden oder -gefährdenden Verhalten. In der Hamburger Studie konnten, die fehlende ärztliche Validierung berücksichtigt, 73% der Fälle einer affektiven Störung, 10% einer psychotischen Störung und 31% in Kontakt zu einem Hilfsangebot zugeordnet werden.

An dritter Stelle der in der Hamburger Studie ermittelten Suizidfälle rangierten die Intoxikationen. Erfasst wurden die Intoxikationen aus Medikamenten-, Drogen- und Alkoholvergiftungen. Ob die eine Alkoholvergiftung letztlich todesursächlich war oder lediglich die in Kombination eingenommenen Medikamente in ihrem tödlichen Effekt verstärkte, war im Nachhinein nicht mehr zu ermitteln. Zählt man alle Fälle von

Intoxikationen zusammen, so erhält man sogar mehr Todesfälle als durch den Sprung aus der Höhe. In dieser Studie konnte ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis beobachtet werden. Deutlich geschlechtsspezifische Präferenzen die Intoxikation betreffend ließen sich aus den Hamburger Zahlen des IFR nicht ableiten. Die Medikamentenintoxikation alleine betrachtet wies eine ausgeglichene Anzahl zwischen 12 Männern und 12 Frauen auf, die prozentual gesehen eine deutliche Überrepräsentation der weiblichen Suizidentinnen widerspiegelte. Alle oben aufgeführten Intoxikationsformen zusammengenommen ergaben mit 15 weiblichen Vergiftungsfällen gegenüber 19 Männern sogar eine höhere Männerquote, was auf ein nachlassendes Interesse der Frauen an dieser Suizidform hindeutet. Nach dem Erhängen (24 Frauen) folgte als zweithäufige Methode der Frau schon der erwähnte Sturz aus der Höhe (17 Frauen). Es gibt vermutlich auch im Bereich der Intoxikations-Suizide eine hohe Dunkelziffer, denn nicht immer ist eine Tabletten- oder Drogeneinnahme der Leiche anzusehen, während ein Strangwerkzeug am Leichnam ein deutliches Suizidindiz ist. Insbesondere gilt dies für ältere Menschen, die im Alter in zunehmenden Maße Zugang zu verschreibungspflichtigen Medikamenten haben, die z.B. wie Digitalispräparate oder trizyklische Antidepressiva potentiell für Suizidversuche geeignet sind. Bei einer Leichenschau einer im hohen Alter Verstorbenen mit multimorbider Krankheitsgeschichte wird der den Tod bescheinigende Arzt nicht immer primär einen Suizid als mögliche Todesursache in Betracht ziehen. Männer haben nach dem Erhängen die Formen Schuss und dann an dritter Stelle den Sturz aus der Höhe bevorzugt gewählt.

Andere Veröffentlichungen konstatieren einen deutlich höheren Frauenanteil unter den Vergiftungsopfern. *Kapur et al. (2005)* beobachtete über das Jahr 2001, dass rund ein Viertel aller Suizide in England selbst zugefügte Intoxikationen zur Ursache hatten [17]. Damit sei in England die Intoxikation die bevorzugte Suizidmethode der Frauen und die zweithäufigste bei den Männern. Meistens seien als Suizidmittel Schmerzmittel und Antidepressiva verwendet worden, wogegen die Einnahme von Pestiziden eher in Entwicklungsländern gehäuft aufträte. In Hamburg waren im Jahre 2004 keine Suizide durch Pestizide zu verzeichnen. Lange wurde das Schädlingsvernichtungsmittel E-605 (Parathion) für Suizide und Tötungen verwendet, dann jedoch eher von in der Landwirtschaft Tätigen oder in entsprechenden Regionen lebenden Menschen, die Zugang zu diesen Toxinen hatten. Im Jahre 2002 endete die Lizenz für diesen Stoff und das Produkt wurde vom Markt genommen. E-605 darf heute in der EU nicht mehr vertrieben oder gehandelt werden. Dennoch werden bis heute in Europa Fälle von akuter und meist tödlich verlaufender Parathion-Intoxikation registriert (*Lund & Iversen 2005* [18]).

Auffallend bei der englischen Studie von *Kapur* ist der hohe Anteil medikamenteninduzierter Suizidfälle ausgelöst durch verschriebene Präparate, die somit den Suizidenten leicht zur Verfügung standen. Insgesamt 84% der durch die Studie erfassten Suizidenten, die verschreibungspflichtige Medikamente in suizidaler Absicht eingenommen hatten, waren die Medikamente vorher von ihren behandelnden Ärzten verschrieben worden. Auch war ein hoher Anteil an psychiatrisch relevanten Erkrankungen zu verzeichnen. Fast  $\frac{3}{4}$  aller Suizidtoten aus der Studie hatten zum Todeszeitpunkt eine psychische Störung (54% davon affektive Störungen, 47% hatten bereits selbstgefährdendes Verhalten gezeigt, 30% hatten in der Woche vor dem Suizid den Hausarzt kontaktiert, weitere 30% waren im Zeitraum zwischen einer Woche und einem Monat vor dem Suizid bei ihrem behandelnden Arzt gewesen). Die Angaben bezüglich des selbstverletzenden Verhaltens konnten mit nur 30% Suizidversuchen in der Vorgeschichte durch die Hamburger Studie nicht reproduziert werden.

Dass in Deutschland der Suizid mit einer Feuerwaffe eine weniger ausgeprägte Rolle als im Ausland spielt, liegt sicherlich an der restriktiven Waffengesetzgebung.

Auch war das Erschießen, in den USA eher jüngeren männlichen Suizidenten vorbehalten [12] [15], in Deutschland eher unter den älteren Altersgruppen anzutreffen. Dass eine liberale Waffengesetzgebung, wie in den USA mit ihrem in der Verfassung festgelegten Recht des Bürgers auf Zugang zu Feuerwaffen, wesentlich zur konstanten Höhe der Suizidzahlen durch Schusswaffengebrauch beiträgt, zeigen verschiedene Arbeiten amerikanischer Forscher. So führten Piper und seine Arbeitsgruppe 2006 eine vergleichende Suizidstudie in New York City durch [11]. Dabei rangierte der Suizid durch Schusswaffen hinter dem Erhängen und dem Sturz aus der Höhe an dritter Stelle. Im Vergleich zu den restlichen US-Bundesstaaten ist in der Metropole New York das Erschießen erstaunlich wenig angewandt worden. Diese Diskrepanz zwischen Feuerwaffensuiziden in Großstadtregionen und eher ländlicheren Gegenden der USA erklärt die Studie mit dem freien Zugang zu Waffen gepaart mit geringeren Reglementierungen und Kontrollen in zentral-südlichen US-amerikanischen Bundesstaaten gegenüber denen der nordwestlichen Regionen. Auch wird in dieser Arbeit wie bei Abrams (2005) [15] auf den Zusammenhang zwischen Suizidrate und der Verfügbarkeit tödlicher Anwendungsmittel hingewiesen. Besonders New York City ist durch seine hohen Gebäude charakterisiert, die zur hohen Prävalenz der Suizidmethode des Sturzes aus der Höhe führt, während die Waffenverfügbarkeit in den vorstädtischen Bereichen erleichtert ist und dort auch anteilig mehr Suizide durch Feuerwaffen zu verzeichnen waren. Aus der Erforschung der vorstädtischen Bezirke resultiert auch die von Piper zusammengefasste Risikogruppe prädisponierend für den Suizid durch Verwenden einer Feuerwaffe: Männlich, afro-amerikanischer Rasse, Vorstadtbewohner und Cannabiskonsument. Als weltweit anwendbare Risikofaktoren für Suizid identifiziert Piper folgende Aspekte: auffällige Psychopathologie, Substanzabusus/Drogenabhängigkeit und Alkoholismus, vorherige Suizidversuche, männlich, Zugang zu tödlichen Methoden, schlechte medizinische Versorgung, schwächende körperliche Erkrankungen, ökonomische Instabilität, Armut, Arbeitslosigkeit und unverheiratet zu sein.

Restriktivere Waffengesetze und erschwerter Zugang zu Feuerwaffen bedingen einen signifikanten Rückgang der Suizide durch Feuerwaffen. Zu diesem Ergebnis kommen die Studien von Mann *et al* [19] und Kapusta *et al.* [20]. Letzterer wertete die Suizid- und Mordzahlen in der Zeit vor und nach der Einführung einer von der EU eingeforderten Überarbeitung der österreichischen Waffengesetzgebung im Jahre 1997 aus. Im Rahmen der österreichischen Arbeit wird vorgeschlagen, die Feuerwaffengesetzgebung in Ländern mit hohen Feuerwaffensuizidraten zum integralen Bestandteil der Suizidprävention zu machen. Rosengart *et al.* [21] halten mit ihrer Querschnittstudie von 2005 dagegen, dass die eingeführten Reglementierungen wie z.B. einer kontrollierten Abgabe und dem Mindestbesitzalter von Waffen in den USA zwischen 1979 und 1998 keine signifikanten Änderungen der Suizid- und Mordtodesfallzahlen nach sich gezogen haben, weder in der Zunahme noch in der Abnahme.

In der Hamburger Suizidstudie gab es 19 Todesfälle durch Schusswaffengebrauch, wovon alle männlichen Geschlechtes waren. Alle Schuss-Suizidfälle machen im Spektrum der verschiedenen Suizidarten nur knapp 9% aus, aber dafür repräsentieren diese 19 Fälle 13% aller männlichen Suizidenten. Besonders in den Altersgruppen der 50 bis 70 jährigen und 80 bis 90 jährigen war diese Suizidmethode besonders häufig anzutreffen. Das durchschnittliche Alter der 19 Schusstoten betrug 64 Jahre, wobei sich in der Berechnung zwei enthaltene „Ausreißer“ von unter 50 Jahren befanden.

### 5.3.3. Sozialisation und Suizidverhalten

Man kann über die Zusammenhänge von Alter und Geschlecht in Verbindung zur Wahl der Suizidmittel spekulieren. Auffallend ist die besondere Häufung von Schusswaffensuiziden in

der Gruppe der 60 bis 70 jährigen, alle männlichen Geschlechtes und im Durchschnitt um den Jahrgang 1937 herum geboren. Obwohl die Gruppe der 60-70 jährigen die Geburtsjahrgänge 1934 bis 1944 abdeckte, war von diesen 8 Suizidenten niemand jünger als Jahrgang 1940. Diese Altersgruppe gehört zu einer kurz vor oder mitten im 2. Weltkrieg geborenen und aufgewachsenen Generation, die wohl aufgrund ihres jungen Alters nicht mehr selbst an die Waffe gerufen wurde, jedoch die Kriegswirren in Deutschland und Wiederaufbau hautnah miterlebt haben dürften. Von den 8 Fällen ist auch kein nachweislich im Ausland geborener Fall dabei. Ob sich in dieser Generation durch die Kriegserlebnisse und das im nationalsozialistischen Regime vermittelte Menschenbild eine andere Grundhaltung gegenüber dem Leben entwickelt hat und wie sich Lebensqualität definiert, entsprechend im umgekehrten Sinne, wann sich ein Leben nicht mehr lebenswert darstellt, könnte zum Inhalt weiterer Untersuchungen werden, die sich mit dem Thema „Suizid im Alter“ oder der Sozialisation in totalitären Diktaturen befassen.

Den Krieg miterlebt und eventuell sogar mitgekämpft haben dürften jedenfalls die Suizidenten aus der Gruppe der 80 bis 90 jährigen. Das durchschnittliche Alter der 5 Suizidenten mit Schusswaffengebrauch betrug 83,8 Jahre. Selbst die beiden jüngsten Teilnehmer waren bei der Machtübernahme der Nationalsozialisten bereits 10 Jahre alt, sodass sie den 2. Weltkrieg in seinem vollen Umfang miterlebt haben dürften.

Einige der Hinterbliebenen gaben unabhängig voneinander in den Interviews an, der sich später suizidierte Vater oder Ehemann habe die Haltung vertreten, ein Leben in Krankheit oder Gebrechen sei nicht wert, gelebt zu werden und man solle das eigene Schicksal in die eigene Hand nehmen. Andere Hinterbliebenen beschrieben Aussagen der Betroffenen, man wolle nicht „wie ein Hund verrecken müssen“ und würde sich daher lieber selbst töten als anderen zur Last zu fallen. Die durchklingende Wortwahl, die in ihrer Härte und Ideologie dem archaischen Weltbild des sogenannten dritten Reiches nahe zu kommen scheint, ist in der Generation der in dieser Zeit aufgewachsenen Menschen vermutlich weit verbreitet.

Schließlich wurde das „Herrenrassen“-Denken der Nationalsozialisten nicht nur extern auf die Völker anderer Ethnien oder Nationen übertragen, sondern auch dem eigenen Volk als Maßstab zur Orientierung und Selbstüberprüfung vorgegeben.

Schon vor der Machtergreifung hatte sich die Führung der nationalsozialistischen Bewegung Gedanken zur Erziehung der Jugend gemacht, die später zum Dogma des NS-Regimes wurden. *Barbara Homann* vom Online-Archiv *Shoa.de* beschreibt die Sicht auf die Jugenderziehung folgendermaßen: *„Im Mittelpunkt stand ein „völkischer Staat“, in dem das „Heranzüchten kerngesunder Körper“ wichtiger sein sollte als das „Einpumpen bloßen Wissens“. Die Stärkung von Entschlussfreudigkeit und Willenskraft, Disziplin, Wagemut, Angriffsgeist, Zähigkeit und Durchhaltevermögen war nach Hitler für seine Volksgemeinschaft wertvoller als die Ausbildung „geistreicher Schwächlinge““* [22].

Eine Maxime, die Hitler in seinem vielzitierten Aufruf vom Reichsparteitag in Nürnberg 1935 an die Hitlerjugend, sie solle zäh wie Leder und hart wie Kruppstahl sein, auf den Punkt brachte.

*„Diese völkisch begründete „Körperertüchtigungspflicht“ wurde auch propagandistisch seitens der Hitler-Jugend stets in den Vordergrund gerückt, so etwa mit Parolen wie „Dein Körper gehört der Nation“ und „Du hast die Pflicht, gesund zu sein.“ (Klönne, 1995) [23]*

Die deutsche Bevölkerung wurde animiert, sich selbst an dem zum Ideal hochstilisierten Menschenbild zu orientieren, um zu sehen, ob man selbst noch zur Herrenrasse gehöre. Ein Abweichen von dieser Vorgabe resultierte in einer Grundhaltung, mittels derer die Nationalsozialisten die Aussonderung, die Internierung und dann später die Ermordung aus ihrer Sicht „lebensunwerten Lebens“, anfangs noch bei psychisch Kranken und Behinderten, später auch auf politisch Andersdenkende, ethnische Minderheiten oder Homosexuelle ausgeweitet, im Rahmen ihrer Euthanasiepolitik rechtfertigten. Bevor es zu physischen

Vernichtung von Menschenleben kam, wurde im Vorfeld dieser Morde eben dieses Weltbild an die Bevölkerung vermittelt. Diese Entwicklung, dass nicht der Ideologie und dem Ideal der Nazis entsprechende Menschen als „lebensunwertes Leben“ bezeichnet wurden, die damit dem „Volkswohl“ schaden und so zur Diskriminierung und Verfolgung freigegeben wurden, dürften die in der Zeit von 1934 bis 1944 Geborenen zumindest in ihrer Kindheit miterlebt haben.

Möglich also, dass derart frühzeitig ideologisierte Jugendliche bei sich selbst auch im höheren Lebensalter hohe Maßstäbe ansetzen, und sich im Falle einschränkender körperlicher oder geistiger Leistungsfähigkeit als nicht mehr lebensfähig einstufen, sich als jemand ansehen mussten, der anderen nicht zur Last zu fallen hat.

Auch Prominente, wie z.B. die SchauspielerIn Inge Meysel, selbst Jahrgang 1910, vertrat vor ihrem Tod im Jahre 2004 öffentlich und wiederholt die Meinung, vor einer völligen Pflegeabhängigkeit sich eher suizidieren zu wollen als dass sie vor sich hinvegetieren wolle. Aufsehen erregte die auch als „Mutter der Nation“ bezeichnete Mimmi im Jahre 1991 durch ihren medienwirksamen Eintritt in die „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“, die sich für einen selbstbestimmten Tod einsetzt.

#### **5.3.4. Harte und weiche Methoden bei der Wahl der Suizidmittel**

Zur Wahl der Suizidmittel sollte erläutert werden, dass in der Suizidforschung bzw. Rechtsmedizin „harte“ von „weichen“ Suizidmethoden unterschieden werden.

Als „harte Suizidmethoden“ werden üblicherweise Suizidmittel bezeichnet, die wegen der Schwere der zugefügten Verletzungen auf besonders schnelle Art und Weise zum Bewusstseinsverlust und/oder zum Tod führen. *Mösler et al (1988)* kennzeichnete die „harten“ Suizidmethoden durch ihre „Unkorrigierbarkeit nach Handlungsbeginn“ [24]. Harte Suizidmethoden sind als kaum geeignet für appellativ gemeinte Suizidversuche im Sinne eines parasuizidalen Verhaltens anzusehen.

*Junge (1987)* unterscheidet die Suizidmethoden auch nach der Effektivität des suizidalen Handelns, hebt aber besonders die zerstörerische Form der Gewalteinwirkung auf den Körper hervor. „Bei den „harten Suizidmethoden“ lässt der Freitodsuchende eine erhebliche äußerliche Gewalt auf seinen Körper wirken, um zum Erfolg zu gelangen. Während bei den Suiziden durch Erhängen/Ertränken, Ertrinken und Elektrizität der Körper häufig äußerlich intakt bleibt, wird der Körper des Suizidanten bei den Suizidmethoden Erschießen, Überfahrenlassen, Sturz aus der Höhe, Verletzung durch Schnitt oder Stich und Selbstverbrennen oft erheblich zerstört.“ [25]

Zu den harten Suizidmethoden wurden in der vorliegenden Arbeit gezählt (nach *Junge, 1987*):

- Schusswaffengebrauch
- Erhängen
- Sturz oder Sprung aus der Höhe
- Überfahren
- Ertrinken
- Strom/Verbrennen/Erfrören

Entsprechend werden die „weichen Suizidmethoden“ als diejenigen Suizidmethoden bezeichnet, die mit einer gewissen Latenz zum Tode führen, dem Suizidenten eine Resthandlungsfreiheit belassen, sein Vorgehen zu überdenken und sich gegebenenfalls noch selbst um Hilfe (z.B. Absetzen eines Notrufs) zu bemühen. Im Rahmen einer Intoxikation sind in Unwissenheit der letalen Dosierungen oft Mehrfachversuche notwendig, bis die erforderliche Dosis oder das Mischverhältnis der eingenommenen Präparate erreicht ist. Weiche Methoden

sind in diesem Sinne eher mit Suizidversuchen und weniger mit vollendeten Suiziden assoziiert.

Als weiche Suizidmethoden werden bezeichnet:

- Intoxikationen
- Gasinhalation
- Ersticken
- Schnitt- und Stichverletzungen → wird von manchen Autoren den harten Methoden zugerechnet

Bei der Kombination verschiedener Suizidmethoden, z.B. hart/weich ist häufig die harte Suizidmethode die zum Tod führende (beim Sprung aus der Höhe mit eröffneten Pulsadern), die weiche Methode für sich isoliert betrachtet hätte trotzdem ebenfalls zum Tod führen können. Auch ist häufig bei Kombinationen die Enthemmung, die zum suizidalen Handeln vorhanden sein muss, nicht außer Acht zu lassen. So kann man davon ausgehen, dass nicht jede nachgewiesene Alkohol- oder Medikamentenintoxikation ursprünglich dazu gedacht war, den Tod herbeizuführen, sondern um die Hemmungen vor einem solchen Schritt abzubauen. Alkohol ist selbst bei massivster Intoxikation wenig zum Suizidmittel geeignet. Die enthemmende Wirkung jedoch, gepaart mit dem gleichzeitig auf viele Medikamente wirkenden Verstärkungseffekt, macht den Alkohol in den Augen der zum Suizid Entschlossenen zum leicht verfügbaren, zuverlässigen Kombinationsmittel. Auch kann der Alkohol umgekehrt zum suizidauslösenden Element werden. Manchmal bringt die Alkoholisierung den Menschen erst in eine Suizidstimmung, die in Verbindung mit der alkoholtypischen Enthemmung zur Umsetzung im nüchternen Zustand nicht vorhandener oder verdrängter Suizidgedanken führt.

Da eine Alkoholspiegelbestimmung bei den ins IfR verbrachten Suizidenten nicht regelhaft ausgeführt, sondern nur im Rahmen der toxikologischen Untersuchungen in Folge einer Sektion durchgeführt werden kann, bleibt es ungewiss, wie viele der Suizidenten Alkohol als Kombinationsmittel verwendet haben. Sicher ist, dass sich von den 9 Suizidenten mit mehr als einer Suizidmittelwahl keine gruppentypische Kombinationsform ermitteln ließ. Auch geschlechtsspezifische Kombinationsformen ließen sich nur ansatzweise erkennen. So tendieren die männlichen Suizidenten eher zur Anwendung harter Suizidmethoden. Ein männlicher Suizident kombinierte sogar zwei harte Suizidmethoden (Selbstentzündung mit Benzin und Schuss in den Kopf) miteinander, ein weiterer Mann kombinierte sein Erhängen mit dem vorherigen Legen eines venösen Zuganges und der Applikation einer Infusionslösung, in der Beruhigungsmittel aufgelöst waren. Bei der Festlegung auf eine Suizidmethode sind die männlichen Suizidenten deutlich mit einem Verhältnis von 3,6:1 mehr zu den harten Methoden tendierend, während die weiblichen Suizidenten sich ausgeglichen auf harte und weiche Methoden verteilten, mit einem leichten Überwiegen der harten Methoden (Verhältnis 1,5:1).

### **5.3.5. Arbeitslosigkeit und Suizid**

Unter den befragten Fällen befanden sich über 60% bereits berentete oder pensionierte Menschen, 12% waren Arbeitslose und 7% Krankgeschriebene. Damit stand ein Kollektiv von 46 Fällen, prozentual ein Anteil von 79% aller befragten Suizidfälle, zum Todeszeitpunkt in keinem regelmäßigen Arbeitsverhältnis. Dem gegenüber stehen 8 Fälle in berufstätiger Vollzeitbeschäftigung, die im Rahmen der Befragung erfasst wurden.



Betrachtet man die durchschnittliche Dauer der Erwerbslosigkeit/Rente/Krankschreibung, so erkennt man, dass die meisten Suizide innerhalb der ersten 10 Jahre der Nichtbeschäftigung geschehen. Dass die Zahlen danach sinken, mit der Dauer von „bis zu 25 Jahren“ wieder ansteigen, liegt darin begründet, dass in dieser Gruppe hauptsächlich Rentner eingeordnet wurden, die sich nach über 20 Jahren des Rückzuges aus dem Arbeitsleben mit zunehmendem Alter und abnehmender körperlicher Belastbarkeit suizidierten.

Über den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizidrisiko sind eine Vielzahl von internationalen Arbeiten veröffentlicht worden.

*Agerbo 2003 [26]* berichtet, dass die Diskussion über den Kausalzusammenhang von Arbeitslosigkeit und Suizidalität schon seit über 100 Jahren geführt wird, seit Emile Durkheim, der französische Soziologe in seinem Standardwerk „Le Suicide/Der Selbstmord“ die Verknüpfung von Arbeitslosigkeit mit sozialer Isolation beschrieb, die das Suizidrisiko erhöhe. „*Der Selbstmord variiert im umgekehrten Verhältnis zum Grad der Integration der sozialen Gruppen, denen der einzelne angehört*“ Durkheim (1897) [1b]. *Agerbo* führt verschiedene Studien an, die auf diesen Kausalzusammenhang hindeuten bzw. Hinweise für gleichsam die Arbeitslosigkeit wie Suizidalität begünstigenden Faktoren wie das Vorliegen psychischer Erkrankungen aufzeigen. Nur eine geringe Anzahl von Studien komme lt. *Agerbo* zu dem Schluß, dass kein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizidalität bestehe. *Agerbo* beruft sich auf Karl Pearson (einer der Begründer der modernen Statistik) wenn er behauptet, das Problem bei der Verwendung von Beobachtungsdaten sei, dass nur Korrelation und nicht Kausalität aus solchen Daten abzuschätzen sei.

*Blakely et al. (2003)* behaupten, der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid sei seit Jahren bekannt [27]. Seine Erkenntnisse stützte er auf die Auswertung der Sterbezahlen des neuseeländischen Mikrozensus. Nachweisen konnte er ein zwei- bis dreifach erhöhtes Suizidrisiko für Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten.

Untersucht wurden unter anderem sozioökonomische Faktoren wie Bildungsstand, Einkommen und Mobilität, konnten aber keine Aufschlüsse über psychische Erkrankungen, Kindheit oder familiäre Umstände erbringen, was von anderen Kommentatoren (*Lester & Yang* siehe unten) kritisiert wird. *Blakely* sind die Schwächen seiner Datenerhebung bewusst, er hält aber dagegen, dass sich seine Studie auf die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden und Arbeitssuchenden bezieht. Ein psychisch Kranker (oder besser ein Schwerkranker) würde seiner Ansicht nach nicht primär den verfügbaren Arbeitsfähigen oder den Arbeitssuchenden zugeordnet, sondern eher der Gruppe der nicht verfügbaren Arbeitskräfte und damit sei die Studienkonzeption nicht grundlegend in Frage zu stellen.

*Lester & Yang (2003)* gründen ihre Kritik an *Blakelys* Ergebnissen auf der Grundlage eigener Studien [28]. Ihrer Ansicht nach ist der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizidalität auf der individuellen Ebene aussagekräftiger als auf der übergeordneten Ebene. Dabei beziehen sich auf eine frühere, auf 14 Nationen ausgeweitete Längsschnittstudie über die Jahre 1950-85, in der sie in nur 10 Ländern einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und suizidalem Verhalten ermittelten und lediglich in 4 Nationen waren diese Ergebnisse statistisch signifikant.

Weiter stellen *Lester & Yang* in Frage, ob der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung und Suizidalität in Folge dessen nicht eher umgekehrt zu sehen ist, dass die psychische Erkrankung möglicherweise zuerst auftritt, dadurch die Arbeitserlangung erschwert sei und sich die Suizidalität an die Arbeitslosigkeit anschließe. Auch kritisieren sie an der Arbeit von *Blakely*, dass sich die Ergebnisse über den Kausalzusammenhang in Längsschnittuntersuchungen nicht immer reproduzieren lassen und dass auch in Querschnittstudien zum Teil regionale Unterschiede in ein und demselben Land nachgewiesen werden konnten, was eher gegen einen soliden Kausalzusammenhang spreche.

In diese Diskussion schaltet sich nun auch *Kposowa (2003) [29]* ein, der die *Blakely*-Arbeit ebenfalls für fehleranfällig hält, da wenig über die jeweilige Dauer der Arbeitslosigkeit eines jeden Teilnehmers bekannt werde. Der Zustand der Arbeitslosigkeit sei ein dynamischer Prozess, der sich jederzeit ändern könne. Diese zeitlich abhängige Kovariable werde nicht berücksichtigt bzw. in Querschnittstudien ungenügend erfasst.

Auch gebe die Studie von *Blakely* keinen Aufschluss darüber, wie oft die Beteiligten bereits arbeitslos waren, also bereits Erfahrungen mit dieser Lebenssituation hatten. *Kposowa* glaubt, dass sich viele Arbeitslose mit der Zeit an die neuen Umstände adaptieren und nach einer gewissen Zeit weniger suizidgefährdet seien.

Auch bemängelt *Kposowa*, dass *Blakely* die Fälle gründlicher auf psychische Erkrankungen bzw. den gesundheitlichen Status hätte untersuchen müssen, da psychisch und andere chronisch Kranke eher anfällig sind für Arbeitslosigkeit und damit einem höheren Suizidrisiko unterliegen.

Ein letzter großer Kritikpunkt liegt nach *Kposowa* auch in der Konzeption der Arbeit von *Blakely*, da die als „Arbeitend“ bezeichneten Menschen diejenigen sind, die am Arbeitsplatz sind und „Arbeitslos“ diejenigen sind, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und aktiv Arbeit suchen. Dies klammere automatisch diejenigen aus, die nicht-aktiv arbeitssuchend sind oder die aufgegeben haben, sich um eine Anstellung zu bemühen und die daher von US-Soziologen als „discouraged workers“, also „entmutigte Arbeiter“ bezeichnet werden (*Ritchey 1976) [30]*. Diese Gruppe umfasst Studenten, Hausfrauen und –Männer, chronisch Kranke und Rentner. Deren Zahl fand keinen Einzug in die Studie von *Blakely*.

Eigene Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Suizidalität und Arbeitslosigkeit veröffentlichte *Preti (2003) [31]*. Er schätzt, dass ein höherer Lebensstandard, ein besserer Zugang zu medizinischer Versorgung und effektivere Behandlung psychischer Erkrankungen zur Abnahme der Suizidrate in den westlichen Industrienationen geführt haben dürfte. Sozioökonomische Ereignisse oder Veränderungen einer gesellschaftlichen Struktur seien bekannt dafür, Fluktuationen in der Suizidsterblichkeit zu verursachen. Besonders die Arbeitslosigkeit sei auf vielerlei Weise mit einem erhöhten Suizidrisiko verknüpft: Die finanzielle Unabhängigkeit eines Menschen sei durch Arbeitslosigkeit eingeschränkt und auch damit die adäquate Nutzung des Gesundheitssystems. So würden therapeutisch sinnvolle Verschreibungen wegen der heute gängigen Zuzahlungen nicht eingelöst und verschlimmert so die psychische Störung. In den USA gelte, je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher sei das Suizidrisiko. Eine bestehende Arbeitslosigkeit sollte in jedem Fall als Suizidrisikofaktor ernst genommen werden. *Preti* beschreibt ein Ansteigen der Suizidraten in US-Staaten im selben Maße, wie Ausgaben des Staates im sozialen Sektor und der öffentlichen Wohlfahrt reduziert werden. Er beschreibt die Vielzahl von Stressoren, die nach einem Arbeitsplatzverlust dem Arbeitslosen das Leben erschweren und die Suizidgefahr ansteigen lassen: von der Vorahnung des Jobverlustes über die eigentliche Kündigung, Arbeitsplatzsuche, Vorstellungs-Trainingsprogramme, Ausschluß aus Aktivitäten und Gewohnheiten durch mangelnde finanzielle Mittel, verstärkte Anfälligkeit für Depression ausgelöst durch den Stress des Jobverlustes und in Folge eine erhöhte Suizidalität. Außerdem führe Arbeitslosigkeit auch durch sozialen Stress zu Spannungen unter Familienmitgliedern, sozialem Rückzug, zum Verlust des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins. Arbeitsplatzverlust bedeute immer auch Sozialkontakt- und Aktivitätsverlust und führe damit zur Vernachlässigung sozialer Anbindung. Hinweise für den Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung, Arbeitslosigkeit und Suizidalität kommentiert *Preti* mit der Aussage, wer als psychisch Kranker einen Job bekäme und diesen mit Unterstützung sozialer Netzwerke behalte, reduziere nachhaltig sein Suizidrisiko.

### 5.3.6. Berufliche Qualifikation und Bildungsstand

Zur beruflichen Qualifikation und Bildungsstand der Suizidenten gaben die befragten Hinterbliebenen ebenfalls Auskunft: Fast 45% hatten mindestens einen Haupt- oder Volksschulabschluß, danach sinken die Fallzahlen mit steigendem Bildungsniveau (18% Real-/Mittelschulabschluß, 17% Hochschulreife, 6% Fachhochschul- oder Universitätsabschluß). Zu knapp 12 % der Suizidenten waren keine Informationen zu erhalten. Der ausdrücklich als Antwortoption verfügbare „Sonderschulabschluß“ wurde von keinem Befragten genannt. Das ist insofern interessant, als dass sich neuere Arbeiten mit der These beschäftigen, ob sich eine Minderbegabung oder intellektuelle Entwicklungsstörung prädisponierend auf suizidales Handeln auswirken könnte.

*Merrick J et al. (2006) [32]* fertigten in Israel eine Studie an, die sich der wenig erforschten Annahme näherte, dass Menschen niedrigen Intellektes, mit einer Minderbegabung oder geistigen Entwicklungsstörungen gegenüber Menschen mit ungeteilter intellektueller Fähigkeit ein höheres Suizidrisiko haben. Die bisherigen Studien über diesen Aspekt konnten die These zwar nicht verifizieren, dennoch raten die Autoren zu erhöhter Wachsamkeit, sollte jemand mit minderer Intellektualität suizidale Äußerungen oder Handlungsweisen an den Tag legen und sich an professionelle Hilfsangebote damit wenden.

Nach *Merrick* haben Jugendliche und Kinder mit einer ID (Intellectual Disability) ein bis zu viermal höheres Risiko, im späteren Leben geistige Erkrankungen oder psychopathologische Störungen zu entwickeln. Obwohl ID-Betroffene eine höhere Inzidenz für Depressionen haben, sei in dieser Population der Suizidaspekt bisher wenig untersucht worden.

Bei seiner Untersuchung beobachtete er, dass 20-21% der untersuchten ID-Kinder und Jugendlichen (mittlerer Intelligenzquotient 59) suizidales Verhalten zeigten. Er kam zu dem Resultat, dass zwar häufig suizidale Gedanken, Ankündigungen oder Drohungen abgegeben wurden, aber im Verhältnis dazu seltener Suizidversuche durchgeführt wurden. Eine vergleichbare Studie an Erwachsenen in Kanada förderte zutage, dass 34% der Befragten ihr Leben als „nicht lebenswert“ bezeichneten, 23% Suizidgedanken entwickelten und insgesamt 11% Suizidversuche durchführten. *Merrick* zitiert aus einer Arbeit von *Hurley* und *Sovner (1998) [33]* deren Empfehlungen zum Erkennen der essentiellen Suizidrisiken bei Patienten mit ID er zu berücksichtigen bittet:

Um einen ID-Patienten bezüglich seiner Suizidalität einschätzen zu können, müsse man die individuelle Vorgeschichte oder der Familie über Suizidversuche oder Geisteskrankheiten kennen. Eine Zunahme an Stressoren, der Verlust der Impulskontrolle, ein bekannter Substanzmissbrauch, Suizidankündigungen, die Gefährlichkeit eventuell vorangegangener Suizidversuche, sowie Hoffnungslosigkeit gegenüber der Zukunft seien Aspekte, die in ihrer Gesamtheit in die Beurteilung der Suizidalität einfließen sollten.

Aus den vorliegenden Daten der Hamburger Studie konnte kein Zusammenhang zwischen Minderbegabung und höherer Anfälligkeit für suizidales Verhalten abgeleitet werden.

### 5.3.7. Familiäre Belastung durch Suizid, Auswirkungen auf Hinterbliebene

Die familiäre Belastung durch vorangegangene Suizide in der Familienhistorie wurde ebenfalls abgefragt. Bei 15% der Suizidenten (9 Fälle) habe es mindestens einen Angehörigen gegeben, der durch einen Suizid ums Leben gekommen sei. Die in der Literatur maßgebliche Häufung von Suiziden bei Angehörigen ersten Grades, die das eigene Suizidrisiko erhöhten, konnte mit diesen Zahlen nicht bestätigt werden. So handelte es sich in erster Linie um Tanten

oder Onkel, die als Suizidenten den Befragten bekannt waren, gefolgt von 2 Fällen mit großväterlichem/-mütterlichem Suizidopfer. Lediglich ein Extremfall konnte verzeichnet werden, wo ein Suizident vor dem eigenen Ableben zuerst die damalige Ehefrau und in Folge noch die aktuelle Lebensgefährtin durch Suizid verlor, bevor er selbst sein Leben beendete. Dieser Fall bestätigt die These von *Stroebe et al. (2007)* [34], dass Trauer zwar ein natürlicher Vorgang ist, der keiner Intervention bedarf, ein Suizid eines Angehörigen jedoch den Übergang in eine sogenannte „komplizierte“ Trauerreaktion fördert, die ihrerseits wiederum das eigene Suizidrisiko signifikant erhöht. *Stroebe et al. (2005)* [35] wiesen in anderen Veröffentlichungen auf die lebensverkürzenden Effekte von Trauer auf das Leben der Hinterbliebenen bzw. die erhöhte Suizidgefahr im familiären Umfeld von Suizidfällen hin.

Die in der vorliegenden Studie ermittelten 15% von familiärer Vorbelastung decken sich mit den Zahlen, die *Murphy & Wetzel (1982)* [36] veröffentlichten. Sie ermittelten unter 127 Suizidversuchern eine Quote von 14% vorberichteter Suizidfälle in der Verwandtschaft. *Runeson & Asberg (2003)* [37] wiesen in den Familien von den untersuchten Suiziden einen Anteil von 9,4% erstgradiger Angehöriger nach, die sich suizidiert hatten. Weniger zwar als die 14%-Quote von *Murphy & Wetzel*, aber schon signifikant erhöht im Vergleich zur Vergleichsgruppe, die auf 4,6% Suizide in der Familiengeschichte zurückblickte. Eine Suizidanamnese in der Familie sei unabhängig von schweren psychischen Störungen ein Prädiktor für weitere Suizide. Ungeachtet dieser Ergebnisse sei aber nach wie vor eine positive psychiatrische Vorgeschichte/Erkrankung in der Eigenanamnese mit dem höchsten Suizidrisiko assoziiert.

Die sich verfestigende Erkenntnis, dass Suizidhinterbliebene einem eigenen erhöhten Suizidrisiko unterliegen und daher einer besonderen Betreuung bedürfen, ist Schwerpunkt verschiedener Forschungsprojekte geworden. Die Belange der Hinterbliebenen nach Suizid haben sich zum neuen Betätigungsfeld innerhalb der Suizidforschung entwickelt, da für Suizidhinterbliebene (im englischen Sprachraum als „*Suicide Survivors*“, also Suizidüberlebende bezeichnet) Konzepte der Aufarbeitung und gleichzeitig der Prävention entwickelt werden müssen.

Verglichen werden die Verläufe von Trauerreaktionen bei Suizidhinterbliebenen im Vergleich zu Trauerfällen bei anderen Todesursachen und die gesellschaftlichen Reaktionen auf Hinterbliebene nach einem Suizidtodestfall. Zugegebenermaßen hätte das Studiendesign der hier vorliegenden Arbeit auch in diesen Bereich vorstoßen können, der aktuelle Stand dieses Forschungszweiges und die offenen Fragen in diesem Bereich wurden dem Verfasser erst nach Beendigung der Befragungen bekannt, sodass nachträglich keine Änderungen am Fragebogen mehr möglich waren. Besonders wichtig erscheint dem Verfasser die Konzeption eines Systems von Hinterbliebenennachsorge zur gleichzeitigen präventiven Suizidvorsorge, wie sie unter dem Begriff „Suizidpostvention“ in der Fachliteratur diskutiert und angewandt wird. Dass ein Suizid eines nahen Angehörigen das Suizidrisiko der Hinterbliebenen steigert, wurde in dieser Diskussion bereits dargelegt [34]-[37], [44]-[46].

*Seibl et al. (2001a)* veröffentlichten eine Arbeit [38], in der kritisch angemerkt wird, dass seit 1972, dem Erscheinungsjahr des Buches „*Survivors of Suicide*“ von *Albert C. Cain* [39], welches die Belange der Hinterbliebenen, die Auswirkungen eines Suizids auf die Hinterbliebenen, in den Fokus der Forschung rückte und auf die Erforschungsmöglichkeiten der Verarbeitungsmechanismen eines solchen Umstandes hinwies, sich trotz dieses Vorstoßes bis heute nur ein geringer Anteil von ca. 5% der Suizidforschungsarbeiten mit den Überlebenden bzw. Hinterbliebenen eines Suizidtodestalles beschäftigt haben. Auch führt *Seibl* an, dass die Möglichkeit, nach einem Suizid in der Familie an Selbsthilfegruppen teilzunehmen, in den USA durch die AAS effizienter organisiert ist, wo man Zugang zu über 300 verschiedenen Selbsthilfegruppen, sogenannten „*Support Groups for*

*Suicide Survivors*“ bekommen kann. Die psychosoziale Betreuung Suizidhinterbliebener beschränke sich im deutschsprachigen Raum auf einige wenige Initiativen. Auch sei das Forschungsinteresse auf dem Gebiet der Hinterbliebenenforschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz überschaubar und es werde daher nur wenig publiziert. Aus dem Standardwerk für Suizidhinterbliebenenforschung von *J. McIntosh (1996)*[40] zitieren *Seibl et al.* eine Übersicht noch zu klärender, offener Fragen im Bezug auf den aktuellen Stand der Forschung. *Seibl*, ihrerseits aktiv in der Hinterbliebenenbetreuung, definiert den Begriff „Suizidpostvention“ als Maßnahmen, die „den nachteiligen Konsequenzen eines Suizids auf Personen in der Umgebung des Suizidenten entgegenwirken sollen.“ (*Seibl et al. 2001*) Der Begriff „Suizidpostvention“ gehe auf *Shneidman* zurück, der 1971 die Postvention als Prävention für die nachfolgende Generation bezeichnete [41]. *Seibl* erweitert die bestehende Definition „Suizidhinterbliebener“ der American Association of Suicidology (AAS) „Suizidhinterbliebene sind Individuen, die den Suizid einer Person erleben, mit der sie eine wichtige Beziehung oder emotionale Nähe verband“ um den Aspekt der Postvention. Ihrer Sicht nach vernachlässigt die AAS-Definition dem Suizidenten nicht nahestehende, aber dennoch involvierte Personen, wie z.B. traumatisierte Zugführer von S-Bahnen, die zum Suizid verwendet wurden. Daher definiert *Seibl* den Begriff „Hinterbliebener“ folgendermaßen: „Als Suizidhinterbliebene gelten Personen, die in der Folge eines Suizids in ihrer Umgebung auf eine Weise in ihrem subjektiven Wohlbefinden beeinträchtigt sind, die den Einsatz postventiver Maßnahmen sinnvoll erscheinen lässt.“

In einer anderen Veröffentlichung von *Seibl (2001b)* wird auf die Erfahrungen aus der Hinterbliebenenbetreuung eingegangen [42]. Dort werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Wahrnehmung von Hilfsangeboten beschrieben. Männer sind wesentlich weniger empfänglich als Frauen für die Teilnahme an einer Suizidhinterbliebenengruppe. Aber selbst die weiblichen Angehörigen eines Suizidenten werden in ihrem Umfeld häufiger mit der Tabuisierung des Themas Suizid konfrontiert. „Für Herrn M's Mutter wurde es ein halbes Jahr nach seinem Suizid immer schwieriger, innerhalb der eigenen Familie über ihre Gefühle und Gedanken zu sprechen“. Diese Angabe deckt sich mit der Aussage eines Befragten aus der Hamburger Suizidstudie: die Personen im Umfeld eines Hinterbliebenen reagieren oft ausweichend oder ablehnend, wenn der Hinterbliebene erneut das Thema Suizid anspricht. Für die nicht direkt Beteiligten ist der Suizid längst aus der Tagesaktualität in den Hintergrund getreten, wobei für den Hinterbliebenen noch monatelang Gesprächs- und Aufarbeitungsbedarf besteht.

*Wolfersdorf et al. (2001)* kritisieren die Sparzwänge des deutschen Gesundheitssystems, welches die präventiven Aspekte einer frühzeitigen postventionellen Kontaktherstellung zu den Hinterbliebenen nach einem Suizid nicht genug würdigt, geschweige denn finanziert: „Leider wird dies [die Dringlichkeit der engmaschigen Angehörigenbetreuung, um deren eigenes Suizidrisiko zu minimieren] im deutschen Gesundheitssystem bisher nicht erkannt und wird Postvention als eine präventive Maßnahme für Therapeuten oder auch Hausärzte sowie für Angehörige nicht finanziert. Der Hinterbliebene muss erst selber erst wieder zum Kranken werden, um Hilfe zu erfahren. Dann kann, früher unter dem Stichwort der reaktiven Depression, der pathologischen Trauerreaktion, heute unter dem Stichwort der posttraumatischen Belastungsstörung Hilfe im Rahmen des Gesundheitssystems wahrgenommen werden.“ Weiterhin gibt *Wolfersdorf* Empfehlungen für Behandler, Psychotherapeuten und medizinisches Personal, wie bei Bekanntwerden eines Suizids eines Patienten mit den Hinterbliebenen des Betroffenen im Sinne der Suizidprävention umzugehen sei. So sei „grundsätzlich mit den Angehörigen eines durch Suizid Verstorbenen immer mehr als nur ein Gespräch zu führen und auch bei massiven Vorhaltungen für Klärung offen zu bleiben. Auch der Hinweis von Selbsthilfeorganisationen und das Angebot von (Vermittlung von) psychotherapeutischer Hilfe sollte regelhaft erfolgen. Hier handelt es sich dann schon

wieder um präventive Arbeit, nämlich zu verhindern, dass der vom Suizidtod eines Angehörigen Betroffene selbst zum Patienten wird.“ (Wolfersdorf et al., 2001) [43]

Roy (2000) [44] versuchte darzustellen, ob ein Suizid in der Familiengeschichte alkoholabhängiger Menschen mit Suizidversuchen deren eigene Suizidalität maßgeblich mitbedingt haben könnte.

Dazu wurden 333 Alkoholabhängige befragt, ob sie jemals Suizidversuche (SCV) begangen haben und ob es Suizidfälle in ihrer Familie gab. Roy erkannte signifikant mehr Fälle von erst- oder zweitgradigem Familiensuizid in der Gruppe derer, die Suizidversuche begangen hatten. Unter den befragten 333 Alkoholikern war eine Anzahl von 124 Kandidaten, die bereits Suizidversuche begangen hatten. Von diesen berichteten über 15% von Suizid Todesfällen in der Familie. Von den Befragten, die bis zur Befragung keine Suizidversuche gemacht hatten, konnten nur 4 % über Familiensuizide berichten.

Roy fasst zusammen, die Wahrscheinlichkeit eines Suizides über alle psychiatrischen Diagnosen hinweg verteilt sei signifikant höher, wenn es in der Familie bereits Fälle von Suizid gab. Wurde in der Familiengeschichte ein vollendeter Suizid oder SCV angegeben, lagen die Raten eines suizidalen Verhaltens bei 29,8% der Alkoholiker mit SCV und 11,5% unter den Alkoholikern ohne SCV. Diese Zahlen decken sich weitestgehend mit den Ergebnissen von Murphy & Wetzel, wo 34% der beobachteten Suizidversuchskandidaten eine positive Suizid- oder Versuchshistorie in der Familie aufwiesen. Suizidales Verhalten unter Alkoholikern sei ein nicht zu unterschätzendes Problem, denn ca. 1/3 von ihnen unternahme im Verlauf ihres Lebens einen Suizidversuch. Auffällig in dieser männerdominierten Studie ist die signifikante Überrepräsentation von weiblichen Alkoholikern mit SCV, was sich nach Roy aber auch schon in anderen Studien gezeigt habe. Typische Charakteristika der weiblichen Alkoholabhängigen mit Suizidversuchen in der Anamnese sei ein niedriger sozioökonomischer Status, ein früher Beginn des Trinkens, antisoziale Persönlichkeitsstörungen, zusätzlicher Drogenabusus und die Komorbidität mit psychiatrischen Störungen, insbesondere Depressionen.

Warum Familiensuizide sich auf die Nachkommenschaft übertragen, lässt verschiedene Theorien zu. Das Thema Suizid wird selbst im engeren Familienkreis als stigmatisierend empfunden und häufiger verdrängt und totgeschwiegen, wie Eichorn & Zanolari (2001) [45] in ihrer Veröffentlichung über die Tabuisierung eines familiären Suizides und die möglichen Auswirkungen auf die Angehörigen beschrieben.

Angeführt wird das Beispiel einer durch einen Suizidfall Betroffenen und die unterschiedliche Umgehensweise mit dem Thema Suizid innerhalb ihrer Familie: „Mit ihrer Stiefmutter [...] und ihrer Halbschwester väterlicherseits sprach sie bis heute nicht über den Suizid. Im Gegensatz dazu wurde das Thema in der Familie mütterlicherseits [...] offen angesprochen“ [...] „Die fast vollständige Tabuisierung in der Familie des Vaters bis zu ihrem 14. LJ einerseits und das offene Gesprächsklima in der Familie der Mutter“ seien zwei vollkommen unterschiedliche Verarbeitungsweisen der zwei Familien gewesen. „Die Patientin erlebt das offene Gesprächsklima eindeutig als angenehmer, für die Verarbeitung des Suizides wichtig und für die Entwicklung eines Trauerprozesses unablässig.“

Ein Suizid bei Verwandten habe auf mehreren Ebenen einen direkten Einfluss auf das Leben der Hinterbliebenen. Dabei spielten biologische und psychosoziale Einflussfaktoren eine Rolle. Einerseits liege dem Suizid meistens eine psychische Krankheit zugrunde, deren genetisches Risiko vererbt werden könne. Zweitens gebe es klare Hinweise dafür, dass eine gewisse Vulnerabilität für einen Suizid ebenfalls vererbt werde. Diese Annahme unterstreichen auch verschiedene Arbeiten, die sich der vererbaren genetischen Prädisposition für Suizidalität nähern (Voracek & Loibl, 2007) [46].

Dann zitieren *Eichhorn & Zanolari* aus der Arbeit von *Brent et al. (1996)* [47], dass Geschwister eines Suizidenten drei Jahre nach dem Ereignis kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Depression oder einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickelten, obwohl sie eine prolongierte und ausgeprägtere Trauersymptomatik zeigten. Mütter hingegen neigten vermehrt zu Depressionen, während Väter von Suizidenten keine Unterschiede zur Kontrollgruppe zeigten.

Die Arbeit schließt mit der Aussage, eine große Mehrheit der Befragten hätte sich bei der Bewältigung der Trauer um den Suizidenten externe Unterstützung bzw. professionelle Hilfe gewünscht.

Um genau diesem Bedürfnis nach Unterstützung und professioneller Hilfe Rechnung zu tragen, wurden für die Hamburger Suizidstudie Kontaktadressen von Institutionen und Selbsthilfegruppen in und um Hamburg gesammelt und den Befragten am Ende des Gesprächs zur Übersendung angeboten. Von 58 Befragten ließen sich nur 9 diese Liste zusenden, mit einem Verhältnis 8:1 zugunsten der weiblichen Hinterbliebenen. In nur einem Fall hatte sich die Hinterbliebene zum Zeitpunkt der Befragung schon selbstständig eine Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern organisiert. Ein großes Verlangen nach professioneller Hilfe bei der Verarbeitung des Suizids war also bei den Befragten nicht nachzuweisen.

### **5.3.8. Suizidankündigungen und Suizidversuche. Vollendete Suizide**

Die Hinterbliebenen der Hamburger Studie wurden auch zu Suizidankündigungen und folgenden Suizidversuchen befragt. Fast die Hälfte der Betroffenen hatte eine Suizidabsicht angekündigt. 50% derer, die ihr Vorhaben angekündigt hatten, ließen den Worten Taten folgen und unternahmen Suizidversuche. Für die andere Hälfte waren keine Versuche bekannt, sondern sie suizidierten sich wahrscheinlich mit der ersten suizidalen Handlung. Das im Volksmund weiterhin hartnäckig anzutreffende Sprichwort „Hunde, die bellen, beißen nicht“ ist auf das Thema Suizid („Wer darüber spricht, bringt sich nicht um“) nicht übertragbar. Umgekehrt gefragt, waren von den 17 Suizidversuchskandidaten 82% vorher durch Ankündigungen aufgefallen, was erneut den dringenden Ernst einer Suizidankündigung unterstreicht. Fast 30% aller befragten Fälle verübten vor dem eigentlichen Suizid einen oder mehrere Suizidversuche.

*Suominen & Isometsä et al. (2004)* konstatierten, dass Suizidversuche die stärksten Prädiktoren für einen späteren vollendeten Suizid sind. Die Annahme, dass das Suizidrisiko ab dem Zeitpunkt des letzten Suizidversuchs stetig abnimmt, überprüften sie in einer 37 Jahre zurückblickenden Follow-Up-Studie [48]. Das Schicksal der 100 Patienten, die 1963 wegen eines Intoxikations-Suizidversuchs behandelt worden waren, wurde fast 40 Jahre später erneut untersucht. 55% der Studienteilnehmer waren mittlerweile verstorben, 13% durch Suizid (8% der Frauen und 26% der Männer). Über 60% der Teilnehmer hatten sich innerhalb der ersten 15 Jahre nach dem letzten Suizidversuch suizidiert. Die Erfahrung aus den restlichen 40% der Fälle lehrt uns, dass das Suizidrisiko auch nach sehr langer Zeit noch als hoch eingestuft werden muss. Einschränkend gilt für diese Arbeit, dass nur die Suizidversuchsfälle berücksichtigt wurden, die 1963 wegen einer Medikamentenintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert wurden. Andere Arten von Suizidversuchen oder –methoden wurden nicht erfasst und deren Verläufe insofern nicht in die Ergebnisse integriert.

*Kuo & Gallo (2005)* nehmen direkten Bezug auf die Arbeit von *Suominen et al* und fügen ergänzend ihre Beobachtungen hinzu [49]. In ihrer 17 Jahre zurückblickenden Follow-Up-Studie konnten sie die lebenslange Suizidwahrscheinlichkeit nach einem Suizidversuch bestätigen. Obwohl die Zahlen nicht denen *Suominens* ähneln, so war doch ein Unterschied zu verzeichnen zwischen den Patienten mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte und denen ohne Suizidversuch.

Owens et al. (2005) fertigten ebenfalls eine Follow-Up-Studie über die zurückliegenden 16 Jahre an [50]. Ihrer Erkenntnis nach verstarben nach 16 Jahren bis zu 3% an erneuten suizidalen Handlungen. Sie sehen ihre Ergebnisse im Einklang mit anderen Studien, die ähnliche prozentuale Entwicklungen aufdeckten. Weiter äußern sie Vorhersagen zum Erkennen suizidalen Verhaltens unter Berücksichtigung der Risikocluster:

- 1) Charakteristika, die vor einer ersten Episode von Selbstgefährdung zutreffen: Fortgeschrittenes Lebensalter, männlich, alleinlebend, im Kontakt zu psychiatrischer Versorgung.
- 2) Aspekte des selbstgefährdenden Verhaltens: Konsum psychotroper Substanzen/Drogen, Schnittverletzungen, Intoxikationen.
- 3) Assoziationen zum Erscheinen in der Notaufnahme: Aufnahme tagsüber, mit Schwindel oder Bewusstlosigkeit
- 4) Assoziationen, die weniger aussagekräftig sind, die aber für spätere Ereignisse relevant werden können: schnelle Entlassung nach psychiatrischer Einschätzung und mit früher Wiederholung des selbstgefährdenden Verhaltens.

Über 80% der Suizidenten der vorliegenden Studie, deren Hinterbliebene befragt wurden, litten an körperlichen oder geistigen Erkrankungen, die bereits behandelt oder zumindest als behandlungsbedürftig eingestuft wurden.

Darunter befanden sich 3-mal so viele Männer als Frauen. Auch gab es Fälle, die von den Hinterbliebenen als nicht erkrankt oder sogar vollkommen gesund bezeichnet wurden, wohingegen bei den meisten Fällen an anderer Stelle des Interviews über „psychische Probleme“ oder anstehende Psychiatrieeinweisungen berichtet wurde.

Die Einschätzung der Hinterbliebenen ist in diesem Bereich als nicht sehr valide zu bezeichnen. Wer nicht langjährig in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung oder auf Psychopharmaka eingestellt war, sodass auch der Hinterbliebene über den Krankheitscharakter einer psychischen Störung als informiert gelten kann, wurde häufig von den Angehörigen fälschlich als Gesund eingeschätzt.

Eine weitere Gefahr der Fehleinschätzung war die Frage nach der Schwere eventuell vorheriger Suizidversuche. Ob sich die Suizidenten in Lebensgefahr gebracht haben, blieb letztlich den Hinterbliebenen zur Beurteilung überlassen. Da es sich um überwiegend medizinische Laien handelte, könnten Situationen aus Sicht der Laien als lebensgefährlich ausgesehen oder gewirkt haben, wenn der Angehörige z.B. nach einer Medikamentenintoxikation zur Monitorüberwachung des Kreislaufes vorübergehend auf der Intensivstation versorgt wurde. Dieses Vorgehen ist bei Mischintoxikationen unklarer Präparatezusammensetzung und Menge ein durchaus normales Routineverfahren, ohne dass es im Verlauf unbedingt zu grenzwertigen oder vital bedrohlichen Vergiftungserscheinungen oder Folgekomplikationen kommen muss.

Angehörige könnten in der Befragung also zu falsch-positiven Antworten tendiert haben, als es um die Lebensgefährlichkeit der Suizidversuche ging.

Immerhin legten sich 85% der Befragten auf ein den Suizid auslösendes Ereignis oder eine Situation fest. Fast 45% gaben eine Suizidbegründung aus dem sozialen Bereich an, gefolgt von Auslösefaktoren aus dem medizinischen Bereich.

Bei der medizinisch/gesundheitlich motivierten suizidalen Handlung scheint besonders bei den Männern eine Grundhaltung vorzuherrschen, die es ablehnt, sich selbst als Pflegefall zu erleben, anderen Menschen/Angehörigen Umstände mit der eigenen Erkrankung zu machen, eher den Tod zu suchen, das eigene Ende mitzubestimmen. Viele Befragte gaben die deutlich angstbesetzte und noch zu Lebzeiten getätigte Aussage ihrer männlichen Angehörigen weiter, „wie ein Hund sterben zu müssen“ sei keine Alternative, eher nähmen sich diese Männer das Leben. Es scheint so, als ob die im höheren Lebensalter auftretenden körperlichen Gebrechen wiederum genau die Altersgruppe erreicht, die durch ihre Sozialisation während des 2. Welt-



krieges sowieso schon eine archaische Grundhaltung verinnerlicht hat und sich daher noch vor dem endgültigen Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper vorher suizidiert.

### **5.3.9. Komorbiditäten der Suizidenten, Konsum von Suchtstoffen**

Die von den Hinterbliebenen genannten Vor- und Grunderkrankungen wurden in Anlehnung an die ICD10 in Syndromkategorien eingeteilt. Gleichauf mit den Herz-Kreislaufkrankungen waren die psychischen Störungen an erstgenannter Stelle zu finden, unter den Frauen mit 7 Nennungen sogar an alleiniger erster Stelle. Mehr als die Hälfte aller Vorerkrankten hatten 1 bis 2 Diagnosen, 43% hatten 3 bis 5 verschiedene Diagnosen. Bevor die Ergebnisse der Kategorie „Psychische Vorerkrankungen“ diskutiert werden sollen, sind die Auswahlkriterien und Art der Einteilung der Syndrome in die Unterkategorien zu veranschaulichen.

Zuerst einmal zum Verständnis der genannten Syndrome die Definitionen der Erkrankungen und deren eigentliche ICD10-Zuordnung:

In den Befragungen wurden die folgenden Suchterkrankungen genannt: Alkoholabhängigkeit, Drogensucht, Spielsucht und Medikamentenabhängigkeit.

#### **- „Alkoholsucht“ oder „Alkoholabhängigkeit“**

Da Alkoholismus eine weit verbreitete Erkrankung ist, leiten die Störungen durch Alkoholkonsum das Kapitel F1 der ICD10-Klassifizierung ein: „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope (also auf die Psyche wirksame) Substanzen“. Entsprechend stehen Erkrankungen rund um den Alkoholkonsum unter dem Kürzel F10. Zum klinischen Erscheinungsbild in der Klassifikation sind die dritte und vierte Stelle der Codierung vorgesehen. F1X.0 steht für eine akute Intoxikation, F1X.1 für den schädlichen Gebrauch und F1X.2 für die Abhängigkeit von dieser Substanz. Eine Alkoholabhängigkeit würde man also nach ICD10 mit F10.2 verschlüsseln.

#### **- „Drogenabhängigkeit“:**

Die illegalen Drogen wie Opioide (F11), Cannabis (F12) oder Kokain (F14) haben ihre eigenen Untereinheiten im Codesystem, während die Halluzinogene (F16) und „sonstigen Stimulantien einschließlich Koffein“ (F15) substanzübergreifend zusammengefasst werden. Amphetamine und sonstige sogenannte Party- oder Designer-Drogen - wie das bei jungen Erwachsenen beliebte Ecstasy (MDMA) - würde man entsprechend den Stimulantien zuordnen. Für Mischabhängigkeiten, in deren Rahmen sich der Konsument nicht mit einer Substanz zufrieden gibt, sondern unkontrolliert verschiedenste Drogen konsumiert und dadurch eine schwerstabhängige „Suchtpersonlichkeit“ präsentiert, wählt man den Code F19.2, der für multiplen Substanzgebrauch bei Polytoxikomanie steht.

#### **- „Spielsucht“**

Grund für die in dieser Studie eigenwillig aufgestellte Zuteilung der Spielsucht zu den Suchterkrankungen liegt nicht nur in der Wortschöpfung, die der Volksmund dafür gefunden hat. Im eigentlichen Sinne kennt die ICD10-Klassifikation keine Spielsucht, sondern nur „pathologisches Glücksspiel“, welches die Codierung F63.0 trägt und unter der Überschrift „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ gelistet ist, gemeinsam mit der „pathologischen Brandstiftung (Pyromanie)“ (F63.1), dem „pathologischen Stehlen (Kleptomanie)“ (F63.2) und letztlich der „Trichotillomanie“ - dem ständigen Impuls, sich selbst die Haare ausreißen zu müssen – (F63.3). Dass diese Syndrome nicht den Suchterkrankungen, dem Konsum psychotroper Substanzen, zugeordnet wurden ist Folge der Konvention, also der Vereinbarung derer, die im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO für die ICD verantwortlich zeichnen. Offensichtlich hat man beim pathologischen

Glücksspiel den Impulsaspekt im Vordergrund gesehen und daher der Kategorie F63 zugeordnet. Das Kapitel F6 umfasst Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, wie ja auch im Kapitel F1 Verhaltensstörungen aufgeführt werden.

Bemüht man die Definition von „Sucht“ der WHO und die in der Medizin üblichen Kriterien zur Erfüllung der Suchtdiagnose, dann sieht man wiederum die Parallelen zur Spielsucht bzw. dem pathologischen Glücksspiel, sodass es legitim erscheint, dem Volksmund Recht zu geben, der durchweg von Spielsucht spricht.

Die WHO definiert Abhängigkeit als wiederholte Einnahme einer psychoaktiven Substanz in einem Ausmaß, in dem der Konsument periodisch oder dauerhaft berauscht ist, ein großes Verlangen nach der Substanz aufweist und große Schwierigkeiten hat, die Substanzeinnahme freiwillig zu reduzieren oder abzusetzen. Auch ist Sucht gekennzeichnet durch das Verlangen nach der Substanz, um einen angenehmen Zustand zu erreichen oder einen unangenehmen Zustand zu verhindern. Darüber hinaus beginnt die Beschaffung der Substanz einen immer höheren Stellenwert im Leben des Abhängigen einzunehmen. Das Leben wird mehr und mehr vom Substanzkonsum unter Vernachlässigung anderer alltäglicher Aktivitäten und Verantwortlichkeiten dominiert. Typischerweise zeigen Abhängige eine Toleranzentwicklung mit der Tendenz zur Dosissteigerung und ein Absetzphänomen ist häufig zu beobachten, wenn die Substanz dem Abhängigen nicht mehr zugeführt wird [51]. Den in der WHO-Definition erwähnten, als angenehm empfundenen Bewusstseinszustand kann auch ein Spieler durch sein Handeln ohne das Inkorporieren von Substanzen erreichen (Nervenkitzel, Spannung, Aufregung). Die 6 Kriterien der Sucht, die teilweise oder ganz erfüllt sein müssen, um eine Suchtdiagnose stellen zu können, lassen sich auch auf Spielsüchtige anwenden:

- 1) Toleranzentwicklung: Die erhoffte Wirkung lässt schneller nach, der „Kick“ bleibt aus
- 2) Kontrollverlust: Geprägt ist dieser Terminus von Jellinek und seiner Alkoholismustypologie mit dem Phasenmodell der Alkoholabhängigkeit. Gemeint ist die Unfähigkeit, mit dem Konsum/Handeln aufzuhören, wenn einmal damit begonnen wurde, bis entweder eine massive Intoxikation oder andere äußere Einflüsse den Konsum stoppen (im Spielsucht-Fall evtl. das Ausgehen der verfügbaren Geldmittel)
- 3) Entzugserscheinungen: Sicherlich verursacht die Abstinenz des pathologischen Glücksspiels keine körperlichen Entzugserscheinungen, aber psychische Entzugserscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen oder Depression beim Fehlen der Suchttätigkeit dürften von Betroffenen bei Nachfrage durchaus bejaht werden.
- 4) Wiederholungszwang: Ohne sein Suchtmittel/Suchtverhalten kann der Süchtige nicht mehr auskommen und sucht daher die Wiederholung des Konsums
- 5) Dosissteigerung: Oft Folge der Toleranzentwicklung, die übliche Dosis zeigt keine Wirkung mehr und muss daher gesteigert werden, um den gleichen Effekt zu erzielen. Zugegebenerweise ist dieser Punkt mit Spielsucht am wenigsten vereinbar.
- 6) Interessenabsorption und Zentrierung: Der Süchtige richtet seinen Tagesablauf um die Aufrechterhaltung seiner Sucht aus. Beschaffung, Ermöglichung und Organisation des Suchtmittels nehmen mehr und mehr Zeit in Anspruch sodass andere Aktivitäten und Interessen vernachlässigt werden. Dabei spielen oft soziale Folgen wie Arbeitsplatz-, Wohnraum- oder Beziehungsverlust zu anderen Menschen aus Sicht des Süchtigen eine untergeordnete Rolle. Der psychische und (bei stoffgebundenen Süchten) körperliche Abstieg des Betroffenen ist absehbar und vorprogrammiert.

Da viele dieser Kriterien auch auf das pathologische Glücksspiel zutreffen, wurde die Spielsucht für diese Studie den Suchterkrankungen zugeordnet. Besonders mit Hinblick auf suizidale Handlungen sind besonders auch die mit hohen Schulden belasteten Spielsüchtigen beim Realisieren ihrer desolaten Situation, sozial isoliert und subjektiv ohne Perspektive, sich selbst aus dieser Situation zu befreien, als suizidgefährdet einzuschätzen.

### - „Medikamentenabhängigkeit“

Hier wird in der überwiegenden Anzahl der Fälle vom Missbrauch von Sedativa (Beruhigungsmittel), Analgetika (Schmerzmittel) und Hypnotika (Schlafmittel) ausgegangen. Die ICD-Klassifikation sieht für Erkrankungen rund um den Ge- bzw. Missbrauch von Sedativa und Hypnotika die Codierung F13 vor. Eher exotisch anmutende, aber nichts desto trotz häufige Missbrauchsformen wie der Laxantienmissbrauch (Abführmittel) wurden durch verschiedene Befragte ebenfalls den Süchten zugeordnet. Nach ICD10 ist die Einteilung dieses speziellen Abhängigkeitssyndroms wie auch der Missbrauch von Analgetika (Schmerzmittel) in die Kategorie „F5 – Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Funktionen“ eingeordnet, besonders die Bezeichnung F55, die den „Missbrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen“, die neben Laxantien und Analgetika (wie Paracetamol und Aspirin) auch Steroide und Hormone aufführt. Nun kann kontrovers diskutiert werden, ob es nach Absetzen dieser „nicht-abhängigkeitserzeugenden“ Mittel eine Entzugssymptomatik im medizinischen Sinne gibt. Die Konsumenten dieser Präparate fallen im klinischen Umfeld durchaus mit Entzugserscheinungen auf, und sei es nur durch den fast zwanghaften Drang, sich diese Mittel verordnen zu lassen. Zudem gibt es Überschneidungen zwischen den F1- und F5-Abhängigkeiten, so z.B. der mittlerweile weit verbreitete Tramadol-Abusus. Tramadol ist einerseits ein Schmerzmittel und andererseits ein Opioid. Als Schmerzmittel wäre es nach F5 einzustufen, als Opioid wäre Tramadol im Missbrauchsfall der Opiatabhängigkeit (F11) zuzuordnen. Auch wird man bei solchen Substanzen eine Toleranzentwicklung und Dosissteigerung feststellen können, womit für diese Studie die Kriterien erfüllt wären, um den Analgetikamissbrauch ebenfalls den Süchten zuzuordnen.

Neben den Abhängigkeitserkrankungen wurden auch eine Reihe von affektiven (die Stimmung betreffenden) Syndromen, von psychotischen Erkrankungen, Zwangs-, Eß-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen von den Hinterbliebenen genannt.

Die paranoiden und halluzinatorisch-psychotischen Störungen werden nach ICD unter dem Kapitel F2 geführt. Darunter fallen die auch in der Studie genannten Erkrankungen Schizophrenie (F20), anhaltende wahnhaftige Störungen (F22) und die akuten polymorph oder schizophreniformen Störungen, besser als akute Psychosen aufzufassen (F23).

Die in der Studie verwendeten Kategorien (Unterstrichen) weichen zum Teil von den ICD10-Kapiteleinteilungen ab, sind also als freie Anlehnung an die ICD10 zu verstehen.

Dass auch die schizoaffektiven Störungen (F25.0) in der Syndromzuordnung den affektiven (F3) und nicht den wahnhaften oder psychotischen (F2) Störungen zugeordnet wurden, liegt eher in der höheren Wahrscheinlichkeit begründet, dass sich ein schizoaffektiv Erkrankter eher in einer tiefen depressiven Phase seiner Störung suizidieren würde als in einer produktiv psychotischen Phase seines Syndroms. Auch wenn es unter Schizophrenen zu einer vergleichsweise geringen Anzahl paranoid/wahnhaft motivierter Suizide kommt, so ist der schizoaffektiv Erkrankte in seiner depressiven Phase mit einem ungleich höheren Suizidrisiko aller manifest depressiv Erkrankten einzustufen. Ungenügend oder gar nicht medikamentös behandelte bipolar-affektiv Erkrankte (manisch-depressiv Gestörte) suizidieren sich seltener in ihrer manischen Phase, in welcher sie von tage- bis wochenlanger Euphorie, Allmachtsphantasien und Hochgefühlen getrieben oftmals ihre gesamten Ersparnisse im Kaufrausch ausgeben. Die Suizidgefahr steigt erst nach dem Abklingen der Manie, wenn sie wieder in die Depression fallen, sich der in der Manie nicht spürbaren Schwere ihrer Erkrankung und der daraus resultierenden Folgen bewusst werden.

Auch ist das Stottern keine wie im Ergebnisteil angegebene neurotische, also zwanghafte Störung. Die ICD führt Stottern unter „sonstige Verhaltens- oder emotionale Störungen mit

Beginn in der Kindheit und Jugend“ (Kapitel F98) als Codierung F98.5 neben Störungen wie z.B. dem Bettnässen auf. Da das Stottern beeinträchtigend auf die Kommunikation, das Selbstbewusstsein und das soziale Umfeld des Betroffenen wirkt, wurde es mit in die psychischen Störungen aufgenommen, da ein sozialer Rückzug daraus resultieren kann, der wiederum eine erhöhte Suizidwahrscheinlichkeit nach sich zieht.

Dass unter den befragten Fällen neben den Herz-Kreislaufkrankungen ebenso viele Fälle von psychischer Vorbelastung zu finden sind, überrascht kaum.

Über die Zusammenhänge von psychischer oder körperlicher Erkrankung und Suizidalität gibt es eine Vielzahl von wissenschaftlichen Schriften, die belegen, dass eine psychische Störung als Risikofaktor für einen möglichen Suizid zu gelten hat.

Schon *Durkheim* sinnierte 1897 über Suizidalität und die „Geisteskrankheiten“, ob die Suizidalität selbst eine Krankheit sei oder nur die Folge einer psychischen Erkrankung [1c]. *Appleby L et al. (1999)* wiesen bei über 10.000 Suiziden zwischen 1996 und 1998 in England nach, dass in 24% der Fälle die Betroffenen während der letzten 12 Monate Kontakt zum nationalen psychiatrischen Dienst hatten. 16% davon befanden sich sogar in stationärer Behandlung, knapp ein Viertel davon suizidierte sich innerhalb der ersten Aufenthaltswoche. Ein weiterer Anstieg der Suizidfälle war nach der Entlassung aus der stationären Behandlung zu verzeichnen. Bei 24% der Entlassenen kam es während der nächsten 3 Monate zu Suizidhandlungen, mit besonderer Häufung im ersten Monat nach der Entlassung [52]. Nach *Appleby* sind unter psychisch Kranken hohe Suizidraten immer assoziiert mit akuten Krankheitsphasen, kürzlicher Krankenhausentlassung, sozialen Faktoren wie alleine zu leben und verschiedene anamnestische Aspekte wie Substanz-missbrauch oder nicht-tödliche selbstschädigende Verhaltensweisen.

Häufig war eine mangelnde Compliance (die „Zusammenarbeit“, die „Mitarbeit“, die „Behandlungsbereitschaft“ des Patienten) die Medikamente betreffend oder ein Abbruch des Kontaktes zu den Sozialarbeitern vorher zu verzeichnen gewesen.

Die in der Hinterbliebenenbefragung erhobenen Daten bezüglich der prä- oder poststationären Suizide, also die im Zeitraum von 14 Tagen vor oder nach einer Krankenhausbehandlung vollendeten Suizide erwiesen sich unbefriedigenderweise als nicht sehr ergiebig, da nur ein sehr geringer Prozentsatz von Suizidenten nachgewiesenermaßen vor einer Behandlung stand oder gerade erst eine Behandlung absolviert hatte. Auch ist die Dunkelziffer der prästationären Fälle als höher einzuschätzen, da nicht jeder Befragte über eine möglicherweise geplante oder verordnete Einweisung informiert sein konnte. Hier erwies es sich als erneut unvorteilhaft für die Validität der Aussagen, dass die behandelnden Ärzte nicht befragt werden konnten.

*McKenzie N et al. (2005)* untersuchten, ob unter psychisch Kranken das Phänomen des Nachahmungssuizids häufiger auftritt [53]. In 10% aller untersuchten Fälle fanden sich Hinweise, dass der Suizid ein Imitations- oder Nachahmersuizid (also nach Medienberichten oder im Falle einer aktuellen stationären Behandlung nach dem Suizid eines Mitpatienten) gewesen sei.

Diese Charakteristik des Nachahmersuizids wird in der Suizidforschung „Werther-Effekt“ genannt, da er an die ansteigende Suizidrate unter jüngeren Erwachsenen nach der Veröffentlichung von Goethes „Die Leiden des jungen Werther“ erinnert.

*Finzen (2001)* fasst die Wirkung von Medienberichten auf die Suizidbereitschaft möglicher Nachahmungstäter zusammen:

*„Seit Jahren ist bekannt, dass spektakuläre Suizide zur Nachahmung auffordern. Seit der ersten angeblich großen Suizidepidemie nach dem Erscheinung von Goethes „Leiden des jungen Werther“ ist in diesem Zusammenhang vom „Werther-Effekt“ die Rede. [...] Als nach der Einweihung der Wiener U-Bahn serienweise U-Bahn-Suizide in Wien auftraten,*

*verpflichteten die Medien in Absprache mit Wiener Suizidforschern auf eine zurückhaltende Berichterstattung. Die Vorfälle wurden berichtet. Sie wurden aber nicht mehr sensationell aufgemacht. Die fanden keinen Platz mehr auf der Seite eins. Das Wunder geschah. Die Suizidepidemie hörte schlagartig auf.“ [54].*

Unter den 58 Hamburger Suizidfällen, deren Angehörige an der Befragung teilnahmen, befanden sich rund 20 Fälle mit psychischen Störungen, wovon mehr als die Hälfte an affektiven Erkrankungen litten. Danach folgen die Abhängigkeitserkrankungen und die phobischen und neurotischen Syndrome (also die ängstlichen und zwanghaften Störungen). Die im Hamburger Suizidbericht von 2005 erwähnten Zahlen konnten durch die vorliegende Arbeit nicht bestätigt werden [55]. Dort wurden über 50% der im Beobachtungszeitraum registrierten Suizide weiblichen Suizidentinnen mit psychischen Erkrankungen zugeordnet. Die Angaben des Hamburger Suizidberichtes unterliegen jedoch den gleichen Schwächen wie die vorliegende Arbeit, da sie sich auf Protokollberichte von Hamburger Polizeibeamten stützen, die ihrerseits wie die Hinterbliebenenbefragung nicht übermäßig valide sein dürfte. Eine Annäherung des eigenen Datenmaterials an diesen hohen Prozentsatz gelingt nur, wenn man unabhängig von den Angaben zu Vorerkrankungen die Interviews auf Aussagen untersucht, die Hinweise für depressive Entwicklungen liefern. So konnte, ähnlich den Ergebnissen des Suizidberichtes, bei fast 65% der weiblichen befragten Fälle eine depressive Assoziation hergestellt werden, sei es bei den Vorerkrankungen, sei es bei gefundenen Antidepressiva im toxikologischen Befundbericht, bei den vermuteten Auslösefaktoren oder als Begründung für eine Kontaktaufnahme zu einem Psychotherapeuten. Auffällig ist bei Betrachtung dieser Zahlen, wie verschieden und teilweise widersprüchlich die Angaben der Hinterbliebenen gegenüber einer depressiven Erkrankung ausgefallen sind. So konnten nur 8% von ihren Angehörigen berichten, dass die depressive Grunderkrankung auch für den Suizid verantwortlich sei. Von den 20% mit einer depressiven Suizidbegründung in den Auslösefaktoren war angeblich die Hälfte vorher nicht depressiv erkrankt. Die Aufklärung der Bevölkerung, dass eine depressive Episode oder gar manifeste Störung einen Risikofaktor für einen späteren Suizid darstellt, ist das zentrale Anliegen der aktuellen Suizidpräventionsmaßnahmen. Das „Therapiezentrum für Suizidgefährdete“ (TZS) am Hamburger Universitätsklinikum UKE und das „Hamburger Bündnis gegen Depression“, ein Zusammenschluß von psychiatrischen Institutionen, Krankenhäusern und Arztpraxen im Hamburger Stadtgebiet weisen in ihren Informations- und Fortbildungsveranstaltungen gezielt auf dieses Risiko hin.

Über die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe gegen suizidale Gedanken oder Suizidpläne wurden die Hinterbliebenen ebenfalls befragt. Lediglich 30% der Suizidenten wandten sich an andere Menschen oder Beratungsstellen, um gegen die aufkommende Suizidalität Unterstützung zu erfahren. Dabei waren die Frauen mit einem 50% Anteil deutlich beratungswilliger als die 25% der männlichen Suizidenten. Diese Zahlen liegen weit unter denen, die *Bennewith* unter seinen 2005 veröffentlichten Daten ermittelte [16]. Demnach hatten 72% seiner untersuchten Suizidenten Kontakte zu psychiatrischen Diensten oder Einrichtungen, wovon sich 41% aller Fälle noch zum Zeitpunkt des Todes in Behandlung/Beratung befanden. 55% zeigten Hinweise auf eine affektive Störung, 13% waren den schizophreniformen Störungen zuzuordnen. Die Auswertung von Daten aus insgesamt 24 regionalen rechtsmedizinischen Instituten in England ergab, dass eine überwältigende Mehrheit der Fälle (93%) im Vorfeld des Suizids selbstverletzendes oder – gefährdendes Verhalten gezeigt hatte. Diese Informationen konnte *Bennewith* aus den bei den Rechtsmedizinern dokumentierten psychiatrischen Kontaktaufnahmen der nationalen Gesundheitsdienste ableiten.

Von den Hamburger Suizidenten unternahmen nur knapp 30% Suizidversuche, bevor sie den Suizid vollenden konnten. Dass selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität in einem

Zusammenhang stehen, zeigten *Whitlock & Knox (2007)*. Sie fanden bei einer Studentenbefragung heraus, dass 25% der Befragten selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität oder gar beides angaben [56]. Im Vergleich zu den Studenten, die nur Suizidalität angaben, waren die Angaben der Befragten mit SIB (engl. „*self-injurious behaviour*“, selbstverletzendes Verhalten, dt. SVV) signifikant höher im Bezug auf Suizidgedanken, -pläne, -andeutungen oder -versuche. Entgegen der weitläufigen Meinung, SIB sei kein Suizidrisikofaktor, stützt diese Studie die Meinung, dass SIB eine Suizidalitätsbegutachtung /-Einschätzung durch mit der Materie vertraute Fachkräfte nach sich ziehen sollte. Das für selbstverletzendes Verhalten prädisponierende Krankheitsbild der emotional-instabilen Persönlichkeit oder auch Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD10: F60.31) wies in der Hamburger Studie nur ein männlicher Suizident auf. Ein eher untypisches Beispiel, da sich diese Störung eher bei jüngeren weiblichen Betroffenen manifestiert. Dass sich unter den Suizidenten der vorliegenden Arbeit keine weiteren Borderline-Patienten befanden, war überraschend im Anbetracht der Tatsache, dass die selbstverletzenden Handlungen massive Eigengefährdungen darstellen. Über die üblicherweise anzutreffenden Schnittverletzungen hinaus kommt es in Einzelfällen zu erheblichen medikamentösen Mischintoxikationen, dem Verschlucken von Glasscherben oder Rasierklingen oder eigenhändigen Strangulationsversuchen. Noch nicht berücksichtigt ist dabei potentiell eigengefährdendes Verhalten im Sinne von Promiskuitivität mit wahllos wechselnden und ungeschützten Sexualkontakten oder dem verstärkten Drang nach Alkohol oder illegalen Drogen. Um unter den Borderline-Patienten die Risikofaktoren für suizidales Verhalten zu ermitteln, wurden in einer Studie verschiedene Kriterien, die bei dieser Störung gehäuft auftreten, der Anzahl vorheriger Suizidversuche gegenübergestellt. Wie *Brodsky, Malone et al.* bereits 1997 zeigten, stehen bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die Impulsivität und der Verlust der eigenen Impulskontrolle im direkten Zusammenhang mit der Anzahl der Suizidversuche [57]. Auch sei eine Missbrauchsvorgeschichte in der Kindheit als ein signifikanter Einflussfaktor auf spätere Suizidhandlungen zu bewerten. *Cailhol et al. (2007)* wiesen in ihrer Schweizer Studie nach, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger mit Suizidversuchen in Krankenhäuser gebracht werden als Patienten ohne ein solches Syndrom [58]. Prädisponierend waren nach dieser Arbeit die Kriterien „alleinstehend“, „weiblich“, „Suizidversuche in der Vorgeschichte“. Überraschenderweise wurde die Anwesenheit eines Abschiedsbriefes als protektiver Faktor eingestuft. *McGirr et al. (2007)* versuchten in ihrer Arbeit eine Voraussage zu treffen, welche Kriterien der Störung einen vollendeten Suizid nach sich ziehen könnten. Dabei stellten sie einen Zusammenhang her zwischen dem Verlust der Impulskontrolle, als zentrales Merkmal dieser Störung, bei gleichzeitiger Interaktion mit einem aggressiv-gewalttätigen Verhalten [59]. Dabei stellten sie fest, dass sich Borderline-Suizidenten von der Kontrollgruppe dadurch unterschieden, dass sie eine geringere Hospitalisationsrate und deutlich weniger Suizidversuche in der Vorgeschichte hatten.

Eine umfassende Präventionsarbeit ist nur möglich, wenn sich die Rate derer verringern läßt, die eine externe Unterstützung ablehnen. Durch Angehörige oder Ehepartner fremdmotivierte Kontaktaufnahmen zu Beratungsstellen oder Psychotherapeuten haben selten einen Suizid verhindern können. Insgesamt 32% aller befragten Fälle gaben an, der Suizident habe zu Lebzeiten die Einflussnahme von außen abgelehnt. Damit waren weniger Suizidenten bereit, Hilfe zu akzeptieren als die Zahl derer, die sich um Unterstützung bemühten. Immerhin kontaktierte fast die Hälfte der Fälle einen Psychiater, Nervenarzt oder Psychologen, die durch ihre Qualifikation eine adäquate Behandlung der psychischen Störung einleiten oder veranlassen können. An letzter Stelle der kontaktierten Stellen waren psychosoziale Kontaktstellen, Arbeitskollegen und das Internet angegeben worden. Dass sich

nur ein männlicher Fall im Internet über das Thema Suizid informierte, verwundert bei der heutigen Verfügbarkeit von Inhalten aus dem World Wide Web und der mittlerweile weitverbreiteten Nutzung des Internets. Waren vor einigen Jahren bereits sogenannte Suizidforen in der Diskussion, in denen sich Suizidwillige mit anderen anonymen Forenteilnehmern über Suizidmethoden und deren Vorteile, bzw. Dosierungen von Medikamenten zum erfolgreichen Vollenden eines geplanten Suizids austauschen konnten, so ist das Angebot auch auf dem präventiven Sektor angewachsen. Man konnte den Suizidforen nicht auf Dauer das Feld bzw. das Netz überlassen und stellte den Internetnutzern eine breite Palette an Inhalten zur Verfügung, die sich für die Verhinderung von Suiziden starkmachen [60].

Neben den verschiedenen Depressionsformen, die im Hamburger Suizidbericht unterschieden werden, sind die Suchterkrankungen an zweiter Stelle mit suizidalen Handlungsweisen assoziiert. Unter den befragten Hinterbliebenen waren bei 43% der Konsum mindestens einer oder mehrere Suchtstoffe angegeben worden. Dabei entfielen bei den erfragten Substanzen die meisten Nennungen auf den Missbrauch von Alkohol (fast 50%), davon fast 57% männlichen Geschlechts. Die weiteren Substanzen, Cannabis, Medikamente und dann Amphetamine und Kokain wurden noch vor dem Tabak genannt. Dabei darf davon ausgegangen werden, dass der Anteil derer, die nikotinabhängig gewesen sein dürften, weit oberhalb der aus der Befragung abgeleiteten Schätzung gelegen haben müsste. Auch die Anzahl von Alkoholabhängigen dürfte durchaus höher gewesen sein, als von den Angehörigen sich aus der Befragung ableiten lässt. Möglicherweise deshalb, weil in der Frage nach Konsum eines Suchtstoffes gefragt wurde. Da die Übergänge eines Alkoholkonsums in eine Alkoholabhängigkeit als fließend angesehen werden müssen, sind die Angaben über mögliche Alkoholabhängigkeiten als nicht sehr valide zu bezeichnen. Dass aber eine Alkoholabhängigkeit mit Suizidgedanken und Suizidhandlungen im Zusammenhang steht, zeigten bereits *Brady (2006)* [61] und *Stack (2000)* [62].

*Brady* will Beweise gefunden haben, die hinweisen auf eine erhöhte Prädisposition für suizidales Verhalten durch den depressionsfördernden Effekt des Alkohols als auch die Förderung lebensungünstiger Ereignisse. Akuter Alkoholgebrauch kann seiner Meinung nach auch einem suizidalen Verhalten vorausgehen wegen der Induktion negativer Affekte, genauso wie die Enthemmung von impulsiven Persönlichkeitseigenschaften. *Brady* vermutet diesen Effekt in der serotonergen Neurotransmission, die regulierend auf die Impulsivität, Aggression und damit sekundär auf das suizidale Verhalten Einfluss nimmt. *Stack* verglich 89 Studien aus 17 Ländern und fand in 55 Studien Hinweise, dass je höher der Alkoholkonsum eines Landes ist, desto höher die Suizidrate ausfällt. Wobei die Suizidrate empfindlicher auf Veränderungen oder Schwankungen der Alkoholtrinkgewohnheiten reagiert in Ländern mit einem vergleichbar niedrigen Durchschnittskonsum (Skandinavien) als in Ländern mit einem hohen durchschnittlichen Konsum (Mittelmeerregionen) (*Ramstedt 2001*) [63]. Wird in einem Land die Freigabe von Alkohol durch höhere Steuern oder limitierte Pro-Kopf-Abgabemengen reglementiert, wie dies zu Zeiten der Perestroika in der früheren Sowjetunion der Fall war, geht mit dem signifikant reduzierten Konsum auch die Suizidrate zurück (*Wassermann & Varnik (1998)*) [64]. Die Situation in Russland und die Entwicklung der Suizidraten in Verbindung mit dem Alkoholkonsum beschrieb auch *Pridemore (2006)* [65]. Für das Jahr 2000 ermittelte er eine Suizidrate in Russland, die nur übertroffen wurde von Litauen, aber immer noch 2-3 Mal so hoch war wie in der EU und den USA. *Pridemore* erkannte auch Unterschiede der Suizidrate im Zusammenhang mit Alkohol in „nassen“ Gesellschaften (also mit hohem Durchschnittskonsum) im Vergleich zu trockenen Gesellschaften (mehr Suizide in Skandinavien als beispielsweise in Frankreich, wo das Alkoholtrinken gesellschaftlich weniger geächtet ist und ein starker Trinker nicht von der Gesellschaft ausgegrenzt wird).

Nicht im Interview abgefragt, von den Hinterbliebenen jedoch auch in keinem einzigen Fall angegeben wurden unter den Abhängigkeiten die „modernen Süchte“ wie Internet-Sucht, pathologisches Glückspiel im Internet, Online-Spielsucht/Videospiel-Abhängigkeit, die alle in ihrer Art eine virtuelle Gemeinschaft mit virtuellen zwischenmenschlichen Kontakten simulieren, letztlich aber die soziale Isolation und den Rückzug aus der realen Welt fördern und damit die Grundlage für den Ausbruch psychischer Syndrome bereiten. Neuere Erkenntnisse der Verhaltensforschung legen nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen Internetsucht und Suizidalität geben könnte.

Von den Suizidenten der Hamburger Hinterbliebeneninterviews befanden sich unter den untersuchten Fällen 20 Fälle mit einer psychischen Vorerkrankung. Prozentual macht das 34% aller Befragten und 9% der Grundgesamtheit aus. Von diesen 20 Fällen ließen sich ganze 8 psychotherapeutisch behandeln und es ist nicht überraschend, dass sich unter den psychotherapierten Fällen mehr Frauen befanden als Männer, da Männer wegen ihrer Sozialisation und ihres oftmals anzunehmenden Selbstbildes vom „maskulinen, unverwüstlichen, standhaften Mann, der keine Schwächen haben darf“ anscheinend nur selten externe Hilfe akzeptieren können.

Die Analyse ergab, dass 73% der Hinterbliebenen ihren Angehörigen eine affektive Störung attestierten. Im überwiegenden Fall handelte es sich dabei um Depressionen. Dabei ist anzumerken, dass es sich hier um Aussagen von Laien handelte, die nicht immer von validen medizinischen Fakten untermauert werden konnten. Im Ergebnisteil wurde bereits erwähnt, dass nicht jede depressive Stimmung oder Episode einer klinisch manifesten depressiven Störung entspricht. Weiter ist zu bedenken, dass die Aussage eines Angehörigen, der Suizident sei depressiv gewesen, auch die Abwehr der eigenen Schuldgefühle unterstützt. Ungünstigerweise fehlen für die Prüfung der Validität der Hinterbliebenenaussagen die Angaben der ärztlichen Behandler, wie bereits in der Arbeitshypothese ausgeführt.

#### **5.4. Suizidprävention, Implikationen**

Die zitierten internationalen Studienergebnisse und die eigenen Resultate der Hinterbliebenenbefragung lassen sich zur Erstellung eines Risikoprofils für Suizidalität heranziehen.

Demnach ist ein großer Anteil der Suizidenten männlichen Geschlechts, hat in der Krankheitsvorgeschichte eine psychische Erkrankung aus dem affektiven Störungsbereich, weist Persönlichkeitsstrukturen mit geminderter Impulskontrolle und erhöhter Aggressionsbereitschaft auf, hat sich in der Vergangenheit öfter durch suizidale Äußerungen oder gar Suizidversuche hervorgetan, leidet zusätzlich an einer Abhängigkeit und kann in der Familienanamnese bereits Familienangehörige durch Suizid verloren haben. Dabei ist die Suizidalität umso höher einzuschätzen, je älter der Betroffene ist.

Grundlage weiterer Studien im Bereich der Suizidforschung mittels einer Hinterbliebenenbefragung könnte die Überprüfung der hier ermittelten und in Relation zu internationalen Studienergebnissen gesetzten Risikofaktoren sein.

In jedem Fall sollte eine derartige Befragung nicht ohne eine Validierung der Angaben durch die behandelnden Hausärzte vonstatten gehen. Was für die vorliegende Studie geplant und wieder verworfen wurde, sollte das Fundament darstellen, auf dem weitere Befragungen medizinischer Laien aufgebaut werden. Denn nicht jede, von den Angehörigen als



Suizidauslöser zugrunde gelegte Depression muss auch nach klinischen Gesichtspunkten eine manifeste depressive Störung gewesen sein. Falsch-positive und falsch-negative Angaben der befragten Angehörigen zu Vorerkrankungen oder Medikation könnten auf diese Weise weitestgehend minimiert werden. Auch sollte die ärztliche Befragung unbedingt klären, ob eine Krankenhauseinweisung zur stationären psychiatrischen Behandlung ausgestellt worden war oder ob wenigstens eine Überweisung an einen niedergelassenen Psychiater oder Psychologen veranlasst wurde, wenn sich denn der spätere Suizident seinem Behandler gegenüber offenbart haben sollte. Zur weiteren Steigerung der Aussagekraft einer solchen Studie könnten Angehörigeninterviews ohne ärztliche Hintergrundinformationen als Ausschlusskriterium definiert und vor einer Auswertung aussortiert werden.

## 6. Zusammenfassung

Aufgabe der vorliegenden Arbeit war die Erstellung einer explorativen Analyse des Suizidverhaltens der Hamburger Bürger während eines definierten Zeitraumes von einem Jahr (2004) unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten der professionellen Suizidprävention bzw. ärztlicher oder psychotherapeutischer Unterstützung. Dazu wurden aus der Gesamtheit der Suizidfälle des Jahres 2004 (212 Fälle) eine Stichprobe von insgesamt 58 Fällen (n=58) eingehender untersucht und Hinterbliebene mittels eines fragebogengestützten Telefon-Interviews befragt. Unter den 212 Fällen konnte eine Quote von 36% telefonisch erreicht werden, von denen jedoch 9% keine Befragung wünschten.

Die Grundgesamtheit der Suizidfälle am IfR bestand aus 212 Todesfällen, wovon 143 (68%) männlichen und 69 (32%) weiblichen Geschlechtes waren.

Der weit überwiegende Teil dieser Suizidenten aus der Grundgesamtheit wählte für den Suizid das Erhängen. Insgesamt erhängten sich im Beobachtungszeitraum 80 Menschen, davon 59 Männer und 21 Frauen. An zweiter Stelle der bevorzugten Suizidarten steht bei den Männern das Erschießen (13%) und bei den Frauen der Sprung aus der Höhe (25%). Männer neigen zur Anwendung einer harten Suizidmethode. Unter den Männern bevorzugten etwa 3,6 Mal so viele Personen eine harte Suizidmethode gegenüber einer weichen Methode. Diese Erkenntnisse stehen im Einklang mit der bisherigen Literatur über Suizidfälle in Deutschland. Die Annahme, dass Frauen bevorzugt Intoxikations-Suizide begehen, konnte im Rahmen dieser Studie nicht reproduziert werden.

Insgesamt fanden sich unter den gelisteten 212 Fällen der Grundgesamtheit 89 Suizidenten über 60 Jahre, davon 59 Männer und 30 Frauen.

Ältere Menschen sind unbedingt in ihrer Suizidalität ernst zu nehmen: Auch ein bereits erreichtes hohes Lebensalter des Betroffenen lässt nicht auf einen unerschöpflichen Lebenswillen schließen. Über dem Bundesdurchschnitt liegende Suizidraten in Hamburgs älteren Altersgruppen (75-80J: **37**, 80-85J: **63**, 85-90J: **57**, >90J: **77**) zeigen deutlich, dass gerade alte Menschen mit multiplen Erkrankungen und/oder dem Verlust der Selbständigkeit den Suizid als erwägenswerte Option betrachten.

Befragt wurden Hinterbliebene von 58 Suizidfällen, wovon 44 männliche Betroffene und 14 weibliche Betroffene waren. Die Geschlechtszusammensetzung dieser 58 Fälle entspricht im Verhältnis mit 3,1:1 und einer prozentualen Verteilung von knapp 76:24 Prozent. Damit entsprach das befragte Kollektiv in seiner Geschlechtszusammensetzung dem Bundesdurchschnitt.

Suizidversuche wurden bei einer Anzahl von 17 Fällen (29% aller Befragten) festgestellt. Immerhin machten 48% der späteren Suizidenten im Vorfeld Andeutungen zur eigenen Suizidalität. 50% der Suizidenten, die Suizidankündigungen geäußert hatte, ließen den Worten Taten folgen und begingen mindestens einen Suizidversuch. Das widerlegt das weit verbreitete Vorurteil, dass eine Person die einen Suizid ankündigt, keine suizidalen Handlungen durchführt. Suizidankündigungen sollten also genauso wie Suizidversuche als Alarmsignal für einen bevorstehenden Suizid aufgefasst werden.

Darüber hinaus bleibt es selten bei einem Suizidversuch: Wer einen misslungenen Suizidversuch überlebt hat wird mit hoher Wahrscheinlichkeit weitere Versuche folgen lassen.

58 % der betroffenen Studienteilnehmer hatten keinen Kontakt zu Suizidpräventionssystemen oder lehnten entsprechende Hilfsangebote gegen ihre Suizidalität ab. Eine effektive

Suizidprävention basiert auf einer frühzeitigen, interdisziplinären Kooperation. Eine psychopharmakologische Medikation allein genügt nicht, sondern nur in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren lässt sich eine effiziente Behandlung suizidgefährdeter Menschen erreichen.

Die Tatsache, nicht am Arbeitsleben teilzuhaben (sei es durch Berentung, Arbeitslosigkeit oder Krankheit) wirkt sich als Risikofaktor für Suizidalität aus. 79% der befragten Suizidenten standen in keinem aktiven Arbeitsverhältnis. Auch können Komorbiditäten (82% hatten eine oder mehrere Erkrankungen) oder Konsum von Suchtstoffen (43% der befragten Fälle) bereits als Risikofaktoren für Suizidalität und damit prädisponierend für einen späteren vollendeten Suizid angesehen werden. Diese Erkenntnis ist in der internationalen Literatur wieder.

15% der betroffenen Suizidenten hatten im erst- oder zweitgradigen Angehörigenumfeld bereits Suizidfälle erlebt. Auch diese Erkenntnis ist international nachvollziehbar.

Die Schlussfolgerung aus diesen Erkenntnissen lautet: Je älter ein Mensch ist, je mehr körperliche oder psychische Erkrankungen jemand hat und je höher die Anzahl von Suizidversuchen oder Suizidankündigungen ist - besonders wenn im sozialen Umfeld ein Suizid vorbeschrieben ist - desto höher ist das Suizidrisiko dieses Menschen einzuschätzen.

## 7. Literaturverzeichnis

- [1] Durkheim E. *Der Selbstmord. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1983; [1a] S. 23-38 [1b] S. 231-241; [1c] S. 41-71*
- [2] Améry J. *Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod. Klett-Cotta, Stuttgart 1976, 12. Auflage 2004: 14-62*
- [3] Moskaletz S. *Suizidales Geschehen unter besonderer Berücksichtigung sozial-psychiatrischer Aspekte (Hamburg-Eimsbüttel 1995-1999) 2003; Medizinische Dissertation, Universität Hamburg: S. 3-7*
- [4] Todesursachenstatistik für Deutschland, Jahre 1995 – 2006, *Datenquelle: Statistisches Bundesamt, 65180 Wiesbaden, <http://www.destatis.de/>*
- [5] Bevölkerungsstatistik für Deutschland, Jahre 1995 – 2004, *Datenquelle: Statistisches Bundesamt, 65180 Wiesbaden, <http://www.destatis.de/>*
- [6] Todesursachenstatistik für Hamburg, Jahre 1995 – 2006, *Datenquelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, <http://www.statistik.hamburg.de/>*
- [7] Bevölkerungsstatistik für Hamburg, Jahre 1995 – 2004, *Datenquelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, <http://www.statistik.hamburg.de/>*
- [8] World Health Organization W.H.O., Geneva 2006: *Suicide Data Fact-sheet Germany 2004*
- [9] Fiedler G. *Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland - Daten und Fakten 2003. Herausgegeben von der Forschungsgruppe für Suizidalität und Psychotherapie des Therapiezentrum für Suizidgefährdete am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Version 5.0, April 2005; Quelle im Internet <http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>*
- [10] Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (Hamburger Bestattungsgesetz) vom 14. September 1988; *Hamburgisches Gesetzes- und Verordnungsblatt Seite 290*
- [11] Piper TM, Tracy M, Bucciarelli A, Tardiff K, Galea S. *Firearm suicide in New York City in the 1990s. Injury Prevention 2006; 12: 41-45*
- [12] Meehan PJ, Saltzman LE, Sattin RW. *Suicides among older United States residents: Epidemiologic characteristics and trends. Am J Public Health 1991; 81: 1198-1200*
- [13] Zubenko GS, Mulsant BH, Sweet RA, Pasternak RE, Tu XM. *Mortality of elderly patients with psychiatric disorders. Am J Psychiatry 1997; 154: 1360-1368*
- [14] American Association of Suicidology. *Elderly Suicide Factsheet. 2006 Quelle: <http://www.suicidology.org>*
- [15] Abrams RC, Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC. *Preference for fall from height as a method of suicide by elderly residents of New York City. Am J Public Health 2005; 95: 1000-1002*

- [16] Bennewith O, Gunnell D, Kapur N, Turnbull P, Simkin S, Sutton L, Hawton K. *Suicide by hanging: multicentre study based on coroner's records in England. Brit J of Psychiatry* 2005; 186: 260-261
- [17] Kapur N, Turnbull P, Hawton K, Simkin S, Sutton L, Mackway-Jones K, Bennewith O, Gunnell D. *Self-poisoning suicides in England: a multicentre study. Q J Med* 2005; 98: 589-597
- [18] Lund CM, Iversen G. *Parathion poisoning still occurs. Ugeskr Laeger* 2005; 167(34): 3195-6
- [19] Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Hendin H, Lonnqvist J, Malone K, Murusic A, MEhlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Silverman M, Shaffer D, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P. *Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA* 2005; 294, 2064-2074
- [20] Kapusta N, Etzersdorfer E, Krall C, Sonneck G. *Firearm legislation reform in the European Union: impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria. Brit J of Psychiatry* 2007; 191: 253-257
- [21] Rosengart M, Cummings P, Nathens A, Heagerty P, Maier R, Rivara F. *An evaluation of state firearm regulations and homicide and suicide death rates. Inj Prev* 2005; 11: 77-83
- [22] Hohmann B. *Erziehung im Nationalsozialismus 2007. Quelle: <http://www.shoa.de>*
- [23] Klönne A. *Jugend im Dritten Reich – Die Hitler-Jugend und ihre Gegner. Serie Piper, München 1995, S. 56-78*
- [24] Mösler TA, Welz R, Weidenhammer W, Demling J. *Suizidhandlungen des höheren Lebensalters im Nürnberger Stadtgebiet von 1976 bis 1985. In: Böhme K, Lungershausen E. (Hrsg.) Suizid und Depression im Alter. Roderer, Regensburg 1988*
- [25] Junge W. *Analyse des Suizidgeschehens in der Freien und Hansestadt Hamburg – Spezielle Aspekte zum Panoramawandel der Suizidmittel (1980 – 1984) – Dissertation 1987*
- [26] Agerbo E. *Unemployment and suicide. J. Epidemiol. Community Health* 2003; 57: 560-561
- [27] Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. *Unemployment and suicide. Evidence for causal association?. J Epidemiol. Community Health* 2003; 57: 594-600
- [28] Lester D, Yang B. *Unemployment and suicidal behaviour. J. Epidemiol. Community Health* 2003; 57: 558-559
- [29] Kposowa AJ. *Research on unemployment and suicide. J. Epidemiol. Community Health* 2003; 57: 559-560
- [30] Fremdzitat: Ritchey PN, *Explanations of migration. Annual Review of Sociology* 1976; 2: 363-404

- [31] Preti A, *Unemployment and suicide. J. Epidemiol. Community Health* 2003; 57: 557-558
- [32] Merrick J, Merrick E, Lunskey Y, Kandel I. *A review of suicidality in persons with intellectual disability. Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006; Vol 43(No 4): 258-264
- [33] Fremdzitat: Hurley AD, Sovner S. *Suicidal behavior in mentally retarded persons. Psychiatr Aspects Ment Retard* 1998; 1: 35-38
- [34] Stroebe M, Schut H, Stroebe W. *Health outcomes of bereavement. The Lancet* 2007; 370: 1960-1073
- [35] Stroebe M, Stroebe W, Abakoumkin G. *The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. Am J Psychiatry* 2005; 162: 2178-2180
- [36] Murphy G, Wetzel R. *Family history of suicidal behaviour among suicide attempters. J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 86-90
- [37] Runeson B, Asberg M. *Family history of suicide among suicide victims. Am J Psychiatry* 2003; 160: 1525-1526
- [38] Seibl R, Antretter E, Haring C. *Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten, Psychiatr Prax* 2001; 28: 316-322
- [39] Cain AC (Hrsg.). *Survivors of suicide. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1972*
- [40] Fremdzitat (Originalausgabe lag nicht vor): McIntosh JL. *Survivors of Suicide: A comprehensive bibliography update, 1986 – 1995. Omega* 1996
- [41] Shneidman ES. *Prevention, intervention and postvention. Ann Int Med* 1971; 75: 453
- [42] Seibl R. *Hinterbliebene von Suizidopfern auf der Suche nach Antworten und Wegen aus der Krise. Psychiatr Prax* 2001; 28: 348-350
- [43] Wolfersdorf M, Vogel R, Kornacher J, Rupprecht U, Franke C, Wurst FM. *Nach dem Suizid eines Patienten – Erfahrungen mit Angehörigen von Suizidenten in der psychiatrischen Klinik. Psychiatr Prax* 2001; 28: 341-344
- [44] Roy A. *Relation of family history of suicide to suicide attempts in alcoholics. Am J Psychiatry* 2000; 157: 2050-2051
- [45] Eichhorn M, Zanolari M. *Tabuisierung eines familiären Suizides – mögliche Auswirkung auf die Angehörigen. Psychiatr Prax* 2001; 28: 345-347
- [46] Voracek M, Loibl LM. *Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. Wien Klin Wochenschr* 2007; 119/15-16: 463-475
- [47] Brent DA, Moritz G, Bridge J, Perper J, Canobbio R. *The impact of adolescent suicide on siblings and parents: a longitudinal follow-up. Suicide Life Threat Behav* 1996; 26: 253-259
- [48] Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. *Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. Am J Psychiatry* 2004; 161: 563-564

- [49] Kuo WH, Gallo JJ. *Completed suicide after a suicide attempt - Letter to the editor. Am J Psychiatry* 2005; 162: 633
- [50] Owens D, Wood C, Greenwood DC, Hughes T, Dennis M. *Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. Brit J Psychiatry* 2005; 187: 470-475
- [51] World Health Organization W.H.O.- *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization, 2008. Quelle:*  
*[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)*
- [52] Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, Kiernan K, Davies S, Bickley H, Parsons R. *Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. BMJ* 1999; 318: 1235-1239
- [53] McKenzie N, Landau S, Kapur N, Meehan J, Robinson J, Bickley H, Parsons R, Appleby L. *Clustering of suicide among people with mental illnesses. Brit J of Psychiatry* 2005; 187: 476-480
- [54] Finzen A. *Selbstmord! Satan bist du unter uns?, Psychiat Prax* 2001; 28: 314-315
- [55] Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (Hrsg.). *Hamburger Suizidbericht 2005, Quelle: <http://www.gesundheit.hamburg.de>. S. 35-41*
- [56] Whitlock J, Knox K. *The relationship between self-injurious behaviour and suicide in a young adult population. Arch Pediatr Adolesc Medn* 2007; 161(7): 634-640
- [57] Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. *Characteristic of borderline personality disorder associated with suicidal behaviour. Am J Psychiatry* 1997; 154: 1715-1719
- [58] Cailhol L, Marclay L, Damsa C, Burnand Y, Lazignac C, Andreoli A. *Predictive factors of suicidal behaviour recurrence in borderline personality disorder patients. Encephale* 2007; 33(2):156-159
- [59] McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. *Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. J Clin Psychiatry* 2007;68(5):721-729
- [60] Kratzenstein J, van Eckert E. *Sechs Jahre Telefonseelsorge im Internet. In: Witte M (Hrsg.) Neue Medien und Suizidalität. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 200, S. 87-100*
- [61] Brady J. *The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. Alcohol & Alcoholism* 2006; 41: 473-478
- [62] Stack S. *Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. Suicide and Life-threatening behaviour* 2000; 30: 163-176
- [63] Ramstedt M. *Alcohol and suicide in 14 European countries. Addiction* 2001; 96: 59-75

[64] Wassermann D, Varnik A. *Suicide-preventive effects of Perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 98: 1-4

[65] Pridemore WA. *Heavy drinking and suicide in Russia. Soc Forces* 2006; 85(1): 413-430



## 8. Anhänge

### 8.1. Kasuistiken

Fall 01/ Code Nr. 002:

Suizident männlich, 77 Jahre, in Remission befindliche Krebserkrankung der ableitenden Harnwege, fortschreitende Niereninsuffizienz machte Dialyse notwendig. Der Suizident befand sich mit seinen Erkrankungen dauerhaft in ärztlicher Behandlung und war erst eine Woche vor Versterben nach 3-wöchiger Liegedauer aus dem Krankenhaus entlassen worden. Der zuletzt bettlägerige Hobbyjäger suizidierte sich mit einer Schusswaffe.

Fall 02/ Code Nr. 005:

Suizident männlich, 83 Jahre, fast 60 Jahre verheiratet, 31 Jahre berentet, jahrelange Depression der Ehefrau bekannt, dazu kardiale Vorerkrankungen (Bypässe, Stentimplantation), Arthrose in den Händen, Zustand nach Schlaganfall und folgender körperlicher Einschränkung. Suizident war am Tag des Suizids ins Krankenhaus eingeliefert worden, kehrte jedoch vorzeitig in der selben Nacht zurück. Die Ehefrau vermutet, ihr Gatte habe keine weiteren ärztlichen Eingriffe zulassen wollen. Den Suizid vollzog der S. wie schon 3 Jahre zuvor bei seinem ersten und einzigen bis dato berichteten Suizidversuch, mit einer Plastiktüte über den Kopf, in die er Butangas eingeleitet hatte.

Fall 03/ Code Nr. 006:

Suizident männlich, 66 Jahre, Frührentner seit 3 Jahren, kaum körperliche Vorerkrankungen, hat lt. befragter Ehefrau einige Unglücksfälle in seiner Familie hinnehmen müssen. So seien die erste Ehefrau und auch eine seiner zwei Töchter an Brustkrebs verstorben, die zweite Tochter an Brustkrebs erkrankt und die zweite Ehefrau habe beim Hausputz einen nicht tödlich verlaufenen Arbeitsunfall erlitten, welcher dem Suizidenten nichts desto trotz sehr zugesetzt habe. Angeblich habe der Suizident nie richtig um seine Angehörigen getrauert und so erhängte er sich kurz vor dem 1. Todestag der verstorbenen Tochter.

Fall 04/ Code Nr. 007:

Suizident männlich, 81 Jahre, verwitwet, seit 30 Jahren berentet, hat lt. befragter Tochter 2 Tage vor dem Suizid nach einer urologischen Untersuchung die Diagnose der Prostatahyperplasie mitgeteilt bekommen. Angeblich sei die Art der Ergebnismitteilung sehr drastisch und mit der Aufzählung aller möglichen Komplikation verbunden gewesen, sodass sich der Suizident sehr ängstlich reagierte. Suizid durch Erhängen.

Fall 05/ Code Nr. 008:

Suizidentin weiblich, 26 Jahre, ledig, berufstätig, seit Adoleszenz depressive Entwicklung nachdem die leibliche Mutter der Suizidentin verstarb und sich die Suizidentin mit ihrer Stiefmutter nicht verstand. Aus dieser Zeit werden auch erste Suizidversuche mit Tabletten berichtet. 5 Wochen vor dem Suizid entwickelte die bereits drogenerfahrene S. nach Ecstasy-konsum eine wahnhafte Psychose, die ihren Hausarzt zur Überweisung an eine niedergelassene Psychiaterin veranlasste. Dort wurden der Suizidentin anxiolytische Neuroleptika und Antidepressiva verschrieben. Innerhalb von 3 Wochen kam es zu 4 kriseninterventionellen Gesprächsterminen, der 5. Termin war für einen 6 Wochen späteren Zeitpunkt vereinbart. 4 Tage vor dem Versterben fand der befragte Lebensgefährte eine

gesammelte Menge der Neuroleptika in einer Schublade, die wohl in suizidaler Absicht auf einmal eingenommen werden sollten. Dazu befragt, wies die Suizidenten ein solches Ansinnen zunächst von sich, gab dann aber später zu, eine Intoxikation mit den Tabletten geplant zu haben. Da aktuell bei der niedergelassenen Psychotherapeutin kein Termin vereinbart werden konnte, stellte der Hausarzt eine Krankenhauseinweisung für eine stationär-psychiatrische Behandlung aus. Diese kam nicht mehr zur Einlösung, denn die Suizidentin erhängte sich im häuslichen Umfeld mit der Krankenhauseinweisung in der Hosentasche.

Fall 06/ Code Nr. 009:

Suizident männlich, 88 Jahre, Vorerkrankungen: seit 8 Jahren bekannter Morbus Parkinson und seit 3 Jahren metastasierendes Prostatacarcinom. Lehnte zuletzt weitere operative oder chemotherapeutische Eingriffe ab. Hatte körperlich rapide abgebaut und war nach der Prostata-Operation inkontinent geworden. Sollte nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt wegen Darmbeschwerden in eine Übergangs-Kurzzeitpflege, fühlte sich aber wegen seiner infausten Prognose eher für ein Hospiz geeignet. Wegen der medizinischen Perspektivlosigkeit seiner Erkrankung hatte der Suizident auch die Nahrungsaufnahme weitestgehend eingestellt. Befragte Ehefrau gab im Interview an, ihr Gatte habe seit der Diagnosestellung der Krebserkrankung mindestens 4 Suizidversuche mit Tabletten in Kombination mit einer über den Kopf gezogenen Plastiktüte durchgeführt. Auch hatte der Suizident Broschüren der dt. Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) gelesen und nebenbei Zeitungsausschnitte über Fälle von Sterbehilfe gesammelt. Das Thema Sterbehilfe und über die „Erlösung unheilbar Kranker“ habe der Suizident Monate vor seinem Ableben mit seiner Frau diskutiert und bat sie im Fall der Fälle, ihm Sterbehilfe zu leisten, was diese ihm nicht versprechen wollte. Der Suizident stürzte sich aus dem 4.Stockwerk des ihn behandelnden Krankenhauses.

Fall 07/ Code Nr. 010:

Suizident männlich, Alter: 81 Jahre, Vorerkrankungen kardialer und orthopädischer Natur, war weitestgehend selbständig. Er hatte seine Ehefrau, mit der er 51 Jahre verheiratet war, nach mehreren Schlaganfällen und mit einer fortschreitenden Demenz in ein Pflegeheim geben müssen. Dort gab es keine Möglichkeit für den Suizidenten, mit seiner Frau zusammen im Heim zu leben. Laut befragter Tochter fühlte sich der S. zuhause isoliert und alleingelassen, hatte aber auch Kontaktangebote von Freunden und Angehörigen abgewiesen und sich zunehmend sozial zurückgezogen. Er empfand die Situation um die Ehefrau unerträglich und äußerte im vergangenen Jahr seit der Heimeinweisung mehrfach Suizidankündigungen. Der seit 25 Jahren Alkoholmissbrauch betreibende „Quartalssäufer“, wie ihn seine Tochter beschreibt, suizidierte sich mit einer Schusswaffe exakt am 1. Jahrestag der Verlegung der Ehefrau ins Pflegeheim.

Fall 08/ Code Nr. 011:

Suizident männlich, 83 Jahre, 58 Jahre verheiratet, Vorerkrankungen: 6 Jahre vor Ableben wurde ein maligner Nierentumor festgestellt und entfernt, im letzten Jahr dann Auftreten von Muskel-, Lungen- und Lebermetastasen, zusätzlich Diagnose eines Diabetes vor 6 Monaten. Am Tag des Suizids soll die Ehefrau mit dem Auto zu einer Verabredung gefahren sein, wo sie aber nicht ankam. Als sich die Verabredung beim Suizidenten telefonisch nach dem Verbleib der Ehefrau erkundigte, rief dieser bei der Polizei an und meldete seine Frau als vermisst. Dabei erfuhr der Suizident von den Polizisten, dass seine Ehefrau einen Verkehrsunfall verursacht hatte, bei dem es ein Todesopfer gegeben hatte. Ob nun die

Informationsweiterleitung missverständlich war oder ob der Suizident die Angaben selbst fehlinterpretierte, war dem Sohn im Interview nicht bekannt. Als die Ehefrau nach längerer Zeit von der Polizeiwache zurückkehrte, wo sie ihre Aussage über den Unfallhergang zu Protokoll gegeben hatte, fand sie ihren Mann erhängt im häuslichen Bereich vor.

Fall 09/ Code Nr. 013:

Suizidentin weiblich, 65 Jahre alt, Hausfrau, seit 30 Jahren in nervenärztlicher Behandlung wegen rezidivierender depressiver Episoden mit psychotischen Symptomen (ICD10: F33.3). In dieser Zeit auch antidepressive und antipsychotische Medikamente verschrieben bekommen. Eine psychotherapeutische Intervention wird nicht beschrieben. Es werden dafür vom Ehemann 3 verschiedene Suizidversuche angegeben. Ein Bruder der Suizidentin hatte sich 30-jährig in den 70er Jahren ebenfalls durch Erhängen suizidiert, angeblich kannte aber die Suizidentin die genaue Todesursache ihres Bruders nicht. Die Suizidentin selbst erhängte sich am Geburtstag ihrer verstorbenen Mutter.

Fall 10/ Code Nr. 016:

Suizidentin weiblich, 81 Jahre, Witwe, keine Kinder, war 2 Jahre vor dem Ableben wegen eines kritischen Darmverschlusses längere Zeit in stationärer Behandlung. Gab danach an, nicht mehr in ein Krankenhaus gehen zu wollen. Hinweise für Suizidalität oder Ankündigungen soll es nicht gegeben haben. Während des Osterfestes wird die Suizidentin als lustig und vergnügt beschrieben. Lediglich ein Suizidversuch mit einer Schlaftablettenintoxikation 1-2 Wochen vor dem Suizid deutet auf den schwindenden Lebensmut der Suizidentin hin. Eine vom Hausarzt ausgestellte Krankenhauseinweisung in die Psychiatrie wurde von der Suizidentin nicht mehr wahrgenommen. Als Todesursache wird Erhängen angegeben.

Fall 11/ Code Nr. 019:

Suizidentin weiblich, Alter 63 Jahre, seit 9 Jahren berentet, Depression seit 10 Jahren und medikamentös in nervenärztlicher Behandlung. Wurde 2 Jahre vor dem Suizid an den Hüften operiert und bekam innerhalb der letzten 6 Monate mehrere Dickdarmpolypen entfernt. Die Suizidentin war überzeugt, Darmkrebs zu haben. Ausserdem währte sie sich und die Familie in finanziellen Nöten, welches aber laut befragtem Ehemann nicht der Realität entsprach. Darüber seien die depressiven Symptome verstärkt aufgetreten, so dass die antidepressive Medikation erhöht werden musste. Suizidgedanken habe die Suizidentin auch auf konkrete Nachfrage von sich gewiesen. Suizid wurde dann mit einer Kombination aus einer Amitriptylin-Überdosierung in Verbindung mit Alkohol durchgeführt, als sich der Ehemann bei der Arbeit befand.

Fall 12/ Code Nr. 020:

Männlicher Suizident, 44 Jahre alt, selbständiger KfZ-Mechanikermeister und Vater von 2 minderjährigen Kindern. Seit ca. 20 Jahren habe es quartalsweise Alkoholexzesse gegeben. Nach einem Hörsturz seien eine bleibende Schwerhörigkeit und eine Wesensveränderung zurückgeblieben. Aktuell stand die Trennung mit der Ehefrau nach 3-jähriger Ehekrise an. Drei Tage vor dem Ableben hatte es ein klärendes Gespräch zwischen den Eheleuten gegeben, wobei der Suizident auch nicht mehr versuchte, die Ehefrau zum Bleiben zu bewegen. Hatte 2 Monate vor dem Suizid eine psychiatrische Behandlung begonnen und Antidepressiva verschrieben bekommen. Der nächste Termin bei der niedergelassenen

Psychiaterin wäre 2 Wochen später gewesen. Der Suizid wurde mittels Erhängen durchgeführt.

Fall 13/ Code Nr. 022:

Suizident männlich, 63 Jahre alt, ledig, seit 9 Jahren nach längerer Krankschreibung berentet, seit 1997 in psychiatrischer Behandlung wegen einer chronischen Psychose, danach mehrfache stationäre Behandlungen im Klinikum Nord und im UKE. War neuroleptisch auf eine 2-wöchentlich zu verabreichende Depot-Medikation eingestellt, die er sich aber die letzten 2 Monate vor dem Suizid nicht mehr abgeholt hatte. Lebte zurückgezogen und verwaorlost in einer Wohnung, wo er von der später befragten Schwester mit Nahrungsmitteln versorgt und gepflegt wurde. Nach befragter Schwester sind umfangreiche Sanierungsmaßnahmen im Wohnhaus des Suizidenten Anlass für den Suizid. Der Suizident fühlte sich durch die Arbeiten von Fremden bedrängt und in seinem Ruhebedürfnis gestört. Der Schwester waren 2 Suizidversuche durch Erhängen bekannt, bezeichnete aber im Gespräch die Gesamtanzahl als zu niedrig im Verhältnis zur Schwere der Erkrankung. Der Suizid wurde durch Erhängen durchgeführt.

Fall 14/ Code Nr. 027:

Suizidentin weiblich, 75 Jahre alt, progredient sehbehindert und depressiv dekomponiert nachdem 6 Tage zuvor nach 52 Ehejahren der Ehemann verstorben war. Schon im Renteneintrittsalter hatte die Suizidentin Suizidgedanken geäußert und innerhalb der letzten 5 Jahre vor dem eigenen Suizid verschieden schwere Suizidversuche gemacht. Sozial hatte sich das Ehepaar schon vorzeitig zurückgezogen und so konnte die Suizidentin nach dem Versterben des Ehemannes nicht auf ein Netzwerk von Freunden oder Angehörigen zurückgreifen, um ihr stabilisierend und unterstützend beizustehen. Im Interview erläutert die Tochter, ihre Mutter habe stets jedwede psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung abgelehnt. Der Tod wurde mittels Erhängen über der leeren Badewanne herbeigeführt.

Fall 15/ Code Nr. 035:

Suizident männlich, Alter 52 Jahre, Frührentner seit 6 Jahren, Vorerkrankungen: 2 Monate vorher Kehlkopfamputation bei Larynx-Carcinom; Alkoholabhängigkeit und Fumatorium von 40 Zigaretten am Tag; Herzkreislauf-Erkrankungen; Depression und eine seit 15 Jahren bekannte Borderline-Persönlichkeitsstörung. Hat neben seiner ersten Ehefrau – sie fiel mit 4 %o Blutalkohol vom Balkon – auch seine spätere Lebensgefährtin durch Suizid verloren. Die Lebensgefährtin hatte er während eines stationären Psychatrieaufenthaltes kennen gelernt. Auch von den Töchtern des Suizidenten werden verschiedene Suizidversuche berichtet. Hatte im Rahmen seiner Borderline-Störung mehrfach suizidale Andeutungen gemacht, die in den letzten Jahren seltener geworden waren. Nach der Kehlkopfamputation und dem Verlust der Stimme seien wieder vermehrt Suizidgedanken angesprochen worden. Bis auf die regelmäßige Kontaktaufnahme zu einem psychosozialen Treff mit pädagogischer Betreuung und die Konsultation eines Nervenarztes wollte der Suizident keine Hilfestellung annehmen. Wahrscheinliche Todesursache ist die Intoxikation mit Medikamenten, die er sich über die liegende Magensonde verabreicht haben könnte.

Fall 16/ Code Nr. 040:

Suizidentin weiblich, Alter 38 Jahre, arbeitslos, diverse körperliche Beschwerden im Magen-Darm-Trakt und seit mehreren Monaten eine Trigeminus-Neuralgie. Neben somatischer Behandlung war die Suizidentin seit 6 Jahren 1x wöchentlich in nervenärztlicher / psychiatrischer Behandlung gewesen, bis sie die Therapie 6 Monate vor dem Suizid abbrach. Einen Grund für den Therapieabbruch konnte die befragte Mutter nicht nennen. Die Mutter beschreibt die erfolglose Jobsuche der Tochter mit 80 versendeten Bewerbungen ohne eine positive Rückmeldung zu bekommen. Den Angehörigen seien keine suizidalen Absichten oder Suizidversuche bekannt gewesen. Im Nachlass der Suizidentin fand die Mutter ein Tagebuch, welches über einen längeren Zeitraum hinweg deutliche Hinweise und Gedanken zum geplanten Suizid aufführt. Die wahrscheinliche Suizidform war eine Kombination aus Intoxikation und Pulsaderschnitten.

Fall 17/ Code Nr. 049:

Suizidentin weiblich, 42 Jahre alt, geschieden seit 1 Jahr und Mutter von 2 Söhnen, die beim Ex-Mann leben. Vorerkrankung ist eine manisch-depressive Störung. Berichtet wird von der befragten Schwester, dass die Suizidentin eine 7 Monate dauernde Manie durchlebt hat und dann 1 Monat vor dem Ableben in die depressive Phase gelangt sei. Auch die gemeinsame Mutter ist an der Bipolar II-Störung erkrankt und in Behandlung. Die Suizidentin hat wiederholt deutlich gemacht, nicht so werden zu wollen, wie die Mutter. Als möglicher Auslöser des Suizids werden die Trennung vom Ehemann und der folgende Kontaktabbruch der beiden Söhne vermutet. Der Ehemann sei für die Suizidentin die Liebe des Lebens gewesen und man habe sich seit dem 7. Schuljahr gekannt. Die Ehe sei aufgrund der manisch-depressiven Erkrankung der Suizidentin gescheitert. Todesursache war eine Amitriptylin-Intoxikation.

Fall 18/ Code Nr. 053:

Suizident männlich, 29 Jahre alt, arbeitslos gemeldet, Vorerkrankungen: HIV-Positiv mit Anzeichen für opportunistische Infektionen, Hepatitis A und B (keine Drogenanamnese), Glücksspielsucht seit dem 18. Lebensjahr mit aktuell 40.000.- € Schulden. Erst kürzlich vom Lebensgefährten getrennt und litt nach Aussage des befragten Vaters unter Liebeskummer. Der Suizident war wegen seiner Spielsucht in psychiatrischer Behandlung und eine stationäre Langzeittherapie war bereits gebahnt, die 2 Tage nach dem Suizid beginnen sollte. In vorherigen Trennungssituationen hatte sich der Suizident mehrfach auf Hochhäuser begeben, um sich von dort in den Tod zu stürzen. Todesursache war in diesem Fall der Sprung aus der Höhe.

Fall 19/ Code Nr. 057 + 058:

Gemeinsam suizidiertes Ehepaar, er 78 Jahre alt, sie 80 Jahre alt. Die zunächst befragte Nichte gibt an, seit 30 Jahren keinen Kontakt zum Ehepaar gehabt zu haben. Der Kontakt sei vom Ehepaar abgebrochen worden. Es gebe jedoch einen Pflegedienst, der die Eheleute seit 1-2 Jahren versorge und daher mehr Informationen geben könne. Ein Gespräch mit der Pflegedienstleiterin liefert kaum neue Informationen. Der Pflegedienst habe 1-mal wöchentlich für 2 Stunden die Hausarbeit versehen, eine nähere Kontaktaufnahme von Seiten des Ehepaares habe es gegenüber dem Pflegedienst nicht gegeben. Da keine Sektion durchgeführt wurde, muß eine Intoxikation bei fehlenden äußeren Verletzungen als Todesursache angenommen werden.

Fall 20/ Code Nr. 060:

Suizident männlich, 39 Jahre alt. Der befragte allein erziehende Vater hatte den letzten Kontakt zum Suizidenten 8 Jahre vor dessen Tod. Sein Sohn sei mindestens 10 Jahre Heroinabhängig gewesen und er habe vor 8 Jahren bereits eine Langzeitrehabilitation durchlaufen, sei aber schnell wieder rückfällig geworden. Als möglichen Grund für die Drogensucht und Depression des Sohnes vermutet der Vater eine von der leiblichen Mutter des Suizidenten ausgehende Phase des sexuellen Missbrauchs, die er als „durchgeknallte Hippie“ bezeichnet und die den gemeinsamen Sohn als Kind nach Ibiza genommen habe, wo es zum Missbrauch gekommen sein soll. Psychologische Hilfe habe der Sohn stets abgelehnt. Auslöser des Suizides ist nach Ansicht des Vaters der gescheiterte Versuch, einen neuen Langzeittherapieplatz befürwortet zu bekommen. Der Vater hat im Nachlass das Tagebuch des Sohnes gefunden und berichtet von Drogenberatern, die die Bereitschaft des Suizidenten zur erneuten Therapie nicht hätten sehen wollen und die ihn hingehalten hätten. Zur Durchführung des Suizids sammelte der Suizident seine zur Opiat-Substitution verwendete Buprenorphin-Medikation und nahm eine Überdosis davon ein.

## 8.2. Verwendeter Fragebogen



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Institut für  
Rechtsmedizin  
Prof. Dr. Klaus Püschel  
Direktor des Instituts

Zentrum  
Klinisch-Theoretische Medizin II  
Butenfeld 34, 22529 Hamburg  
(Uniklinik: 20246 Hamburg)  
Telefon: (040) 428 03-31 30  
Telefax: (040) 428 03-39 34  
sekr@rechtsmed-hh.de  
www.rechtsmed-hh.de

### Zunächst machen Sie bitte ein paar Angaben zur Person des Verstorbenen:

- Name des Verstorbenen:

- Familienstand:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ledig (1)           | <input type="radio"/> Zum ersten Mal verheiratet (5)                            |
| <input type="radio"/> Verwitwet (2)       | <input type="radio"/> Zum zweiten Mal oder mehrere Male verheiratet (6)         |
| <input type="radio"/> Geschieden (3)      | <input type="radio"/> Gesetzlich zusammenlebend (7)                             |
| <input type="radio"/> Getrennt lebend (4) | <input type="radio"/> Nicht bekannt (8) <input type="radio"/> Nicht gefragt (9) |

-Lebensgemeinschaft (für mindestens drei Monate):

- Nein (0)  
 Ja, mit einem Partner des gleichen Geschlechts (1)  
 Ja, mit einem Partner des anderen Geschlechts (2)  
 Nicht bekannt (3)  
 Nicht gefragt (4)

- Familien-/Haushaltszusammensetzung:

(Geben Sie dies bitte für den Todeszeitpunkt an. Falls diese Angaben nicht mit der „üblichen Situation“ übereinstimmen, tragen Sie dies bitte in der zweiten Spalte ein).

	Zum Todeszeitpunkt:	Übliche Situation:
Alleinlebend (0)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alleinlebend mit Kindern (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebte mit Partner ohne Kinder (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebte mit Partner und Kindern (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebte mit Eltern (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebte mit anderen Verwandten/Freunden (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebte in einer Einrichtung (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes (bitte genau angeben) (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(z.B. in einer psychiatrischen Institution) _____		
Nicht bekannt (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht gefragt (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-Schulbildung:

Bitte hier ankreuzen:	Abschluss:	JA	NEIN
<input type="radio"/> Sonderschule (1)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Volksschule/Hauptschule (2)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Mittelschule (3)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Oberschule (4)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Fachhochschule (5)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Universität (6)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Nicht bekannt/nicht anwendbar (8)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Nicht gefragt/andere Gründe (9)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

-Berufsqualifikation:

- Bisher nicht berufstätig (1)
- An-, ungelernte(r) Arbeiter(in) (2)
- Facharbeiter(in) oder abgeschlossene Lehre (3)
- Angestellte(r) (z.B. Schreibkraft, Verkäufer(in), Beamter/Beamtin im einfachen/mittleren Dienst) (4)
- Qualifizierte(r) Angestellte(r) (z.B. Buchhalter(in), Sachbearbeiter(in), Beamter/Beamtin im gehobenen Dienst) (5)
- Leitende(r) Angestellte(r) (z.B. Prokurist(in), Akademiker(in), Beamter/Beamtin im höheren Dienst) (6)
- Selbständige(r) Handwerker(in), Landwirt(in), kleine Gewerbetreibende(r) (7)
- Akademische(r) Selbständige(r), Unternehmer(in) (8)
- Auszubildende(r)/Volontär (9)

Andere: \_\_\_\_\_

Nicht bekannt/nicht anwendbar

Nicht gefragt/andere Gründe

---

-Arbeitsituation zum Zeitpunkt des Todes:

- Berufstätig (Vollzeit) (01)
- Berufstätig (Teilzeit) (02)
- Mithelfende(r) Familienangehörige(r) (03)
- Hausfrau/Hausmann (04)
- In Ausbildung/ Umschulung (05)
- Arbeitslos, gemeldet (06)
- Beschützt beschäftigt (07)
- Für längere Zeit Krank geschrieben (08)
- Rentenverfahren (09)
- Altersrente, Pension (10)
- Wehr-, Zivildienst (11)
- Schüler(in) (12)
- Student(in) (13)
- In stationärem Aufenthalt (14)

Sonstige (15): \_\_\_\_\_

Nicht bekannt/nicht anwendbar

Nicht gefragt/andere Gründe

---

- Bei Arbeitslosigkeit: Dauer (zum Zeitpunkt des Todes)

Jahre/\_\_\_\_\_ Monate/\_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_

Nicht bekannt/nicht anwendbar (8888)  nicht gefragt/andere Gründe (9999)

---



1. In welchem familiären Verhältnis standen Sie zum Verstorbenen (Ehefrau/Sohn/Tochter/Bruder/Schwester/etc.)?

---

2. Wann haben Sie den Verstorbenen zuletzt gesehen?

---

---

3. Wann haben Sie zuletzt mit ihm gesprochen?

---

---

4. Wer in ihrem Umfeld kannte den Verstorbenen noch besser als Sie?

---

---

5. Hatten Sie den Eindruck, dass der Verstorbene finanzielle Probleme hatte?

**Ja  Nein  Weiß nicht  keine Angabe**

6. Wissen Sie, ob der Verstorbene körperliche Erkrankungen oder ein Grundleiden hatte (z.B. Bluthochdruck / Schlaganfallsleiden / Epilepsie / Krebsleiden / Diabetes / Bettlägerigkeit / AIDS / chronische Schmerzen / etc.)?

**Ja  Nein  Weiß nicht  keine Angabe**

**6.1. Wenn Ja, welche:**

---

---

---

7. Hatte der Verstorbene einen Haus- und/oder Nervenarzt (bitte Namen, Adresse und Telefon angeben)?

---

---

---

- Ist es Ihnen Recht, dass wir Kontakt zu diesem/n Arzt/Ärzten aufnehmen?

**Ja  Nein**

- Wenn Ja, gestatten Sie uns, Ihnen ein Formular zuzusenden, in dem Sie (falls Sie dazu autorisiert sind) den Arzt für eine Befragung durch uns von seiner Schweigepflicht entbinden?

**Ja  Nein  Bin nicht autorisiert**

- Wenn Ja, dann noch mal die Versandadresse prüfen:

---

---

---

8. War der Verstorbene in den letzten 6 Monaten vor seinem Ableben in weiterer fach-  
ärztlicher Behandlung, neben der hausärztlichen Versorgung?  
**Ja  Nein  Weiß nicht  keine Angabe**

8.1. Wenn Ja, weshalb?

---

8.2. Bei welcher medizinischen Fachrichtung?

---

8.3. Wie lange schon? \_\_\_\_\_

9. Wissen Sie, ob es innerhalb der letzten 3 Jahre vor seinem Ableben irgendwelche  
Krankenhausaufenthalte Ihres Angehörigen gegeben hat? Wo genau war/en das/die?

---

---

---

9.1. Wissen Sie, wie lange die Behandlung Ihres Angehörigen dort jeweils ungefähr  
gedauert hat (Angabe, ob Tage/Wochen/Monate genügt)?

---

---

10. Wie würden Sie die Mobilität/den körperlichen Zustand des Verstorbenen zu Lebzeiten  
einteilen (bitte ankreuzen, was ihrer Meinung am ehesten zutrifft)?

10.1. Verließ die Wohnung selbständig

10.2. Hat die Wohnung assistiert (Pflegedienst/Zivi/etc) verlassen

10.3. War überwiegend bettlägerig

- Wenn es einen ambulanten Pflegedienst oder Zivildienstleistenden gegeben hat:  
Wer war das (bitte Namen und, wenn möglich Telefon oder Adresse angeben)?

---

---

---

- Ist es Ihnen Recht, dass wir Kontakt zu diesem/n Dienst/en aufnehmen?

**Ja  Nein**

- Wenn Ja, gestatten Sie uns, Ihnen ein Formular zuzusenden, in dem Sie (falls Sie  
dazu autorisiert sind) den Pflegedienst/Zivildienst für eine Befragung durch uns von  
seiner Schweigepflicht entbinden? **Ja  Nein  Bin nicht autorisiert**

11. Gab es bereits Fälle von Suizid innerhalb der Familie des Verstorbenen?  
**Ja  Nein  Weiß nicht  keine Angabe**

Wenn Ja:

11.1.1. Wer hat sich das Leben genommen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11.1.2. Wann war das (am besten mit Datum, ansonsten genügt Angabe des Jahres)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11.1.3. Art des Suizides?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Gab es Ihrer Meinung nach einen auslösenden Anlass, der zum Suizid Ihres Angehörigen geführt haben könnte? **Ja O Nein O Weiß nicht O keine Angabe O**

- Wenn Ja, welchen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Hat der Verstorbene im Vorfeld über Suizidgedanken gesprochen oder den Suizid angekündigt? **Ja O Nein O Weiß nicht O keine Angabe O**  
(wenn **nein**, **weiß nicht** oder **keine Angabe**, bitte weiter bei Frage Nr. 15)

13.1.1. Wenn Ja, wann ungefähr zuerst (Tage/Wochen/Monate/Jahre vor dem Ableben)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13.1.2. Hat Ihr Angehöriger bis zuletzt noch über Suizidgedanken gesprochen oder ab einem gewissen Zeitpunkt vor seinem Tod dann nicht mehr?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Hat der Verstorbene im Vorfeld versucht, sich Hilfe oder Unterstützung gegen seine Suizidgedanken zu organisieren? **Ja O Nein O Weiß nicht O keine Angabe O**

Wenn Ja, bei wem (Mehrfachnennungen möglich)?

- |          |  |   |
|----------|--|---|
| 14.1.1.  | Verwandte                              | O |
| 14.1.2.  | Ehepartner/Lebensgefährte/in           | O |
| 14.1.3.  | Freunde + Bekannte                     | O |
| 14.1.4.  | Arbeitskollegen                        | O |
| 14.1.5.  | Hausarzt                               | O |
| 14.1.6.  | Krankenhaus/Psychiatrische Einrichtung | O |
| 14.1.7.  | Psychologe/Psychotherapeut             | O |
| 14.1.8.  | Psychiater/Nervenarzt                  | O |
| 14.1.9.  | Selbsthilfegruppen                     | O |
| 14.1.10. | Telefon-Hotlines                       | O |

© IfR Hamburg

- 14.1.11. Psychosoziale Tagesstätten oder Treffpunkte
- 14.1.12. Internet
- 14.1.13. Gesetzliche/r Betreuer/in
- 14.1.14. Streetworker/Sozialpädagogen
- 14.1.15. Mitpatienten aus Krankenhausaufenthalten
- 14.1.16. Mitbewohner in Wohngruppe
- 14.1.17. Behörden (Polizei/Sozialamt/Sozialpsychiatr. Dienst)
- 14.1.18. Sonstiges \_\_\_\_\_

14.2. Konnte mit einer dieser oben genannten Personen/Institutionen ein Gesprächs- oder Beratungstermin vereinbart werden?

**Ja  Nein  Weiß nicht  keine Angabe**

14.2.1. Wenn Ja, hat dieser Termin stattgefunden?

**Ja  Nein  Weiß nicht  keine Angabe**

14.2.1.1. Wenn Nein, woran lag es, dass der Termin gescheitert ist?

---



---



---



---

15. Gab es Suizidversuche? **Ja  Nein  Weiß nicht  keine Angabe**

Wenn Ja:

15.1.1. Mehrmals? \_\_\_\_\_

15.1.2. Wann zuerst? \_\_\_\_\_

15.1.3. Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

15.1.4. Womit? \_\_\_\_\_

15.1.5. Hat sich der Verstorbene mit dem/n Versuch/en in Lebensgefahr gebracht?

**Ja  Nein  Weiß nicht  keine Angabe**

15.1.6. Folgte auf den/die Versuch/e eine Krankenhausbehandlung?

**Ja  Nein  Weiß nicht  keine Angabe**

- Wenn Ja, in welchem Krankenhaus fand/en diese Behandlung/en statt und wann ungefähr war das?

---



---



---



---



---

- Wissen Sie, wie lange der/die Krankenhausaufenthalt/e jeweils ungefähr gedauert haben (Angabe, ob Tage/Wochen/Monate genügt)?

---



---



---



---

16. Wissen Sie, ob sein Todesdatum für den Verstorbenen eine besondere Bedeutung hatte?  
**Ja O Nein O Weiß nicht O keine Angabe O**

16.1. Wenn Ja, welche?

---

---

---

17. Hatte der Verstorbene eine/n Psychotherapeuten/in?  
**Ja O Nein O Weiß nicht O keine Angabe O**  
(wenn **nein**, **weiß nicht** oder **keine Angabe**, bitte weiter bei Frage Nr. 18)

Wenn Ja, wer war das (bitte Namen und, wenn möglich Telefon oder Adresse angeben):

---

---

---

- Ist es Ihnen Recht, dass wir Kontakt zu diesem/r Therapeuten/in aufnehmen?  
**Ja O Nein O**

- Wenn Ja, gestatten Sie uns, Ihnen ein Formular zuzusenden, in dem Sie (falls Sie dazu autorisiert sind) den/die Therapeuten/in für eine Befragung durch uns von seiner/ihrer Schweigepflicht entbinden?  
**Ja O Nein O Bin nicht autorisiert O**

17.1. Seit wann war Ihr Angehöriger in dieser Therapie (Tage/Wochen/ Monate/ Jahre)? \_\_\_\_\_

17.2. War Ihr Angehöriger zum Zeitpunkt ihres Todes noch aktiv in dieser Therapie?  
**Ja O Nein O Weiß nicht O keine Angabe O**

17.3. Wenn es eine Therapie in einem Krankenhaus war, wie lange hat der letzte Aufenthalt in dieser Institution gedauert?

---

---

17.3.1. Wann war die letzte Entlassung aus diesem Krankenhaus?

---

---

17.3.2. Welches Krankenhaus war das?

---

---

18. Hatte der Verstorbene Ihres Wissens nach Umgang mit Medikamenten, Alkohol, Drogen oder anderen Rauschmitteln?  
**Ja O Nein O Weiß nicht O keine Angabe O**

18.1. Wenn ja, welche Art von Substanzen wurden konsumiert?

---

---

---

**18.2.** Wie lange schon (Tage/Wochen/Monate/Jahre)?

---

---

**18.3.** Tägliche ungefähre Menge?

---

---

**19.** Wie war Ihr Angehöriger krankenversichert? \_\_\_\_\_

**20.** Haben Sie Fragen an mich, brauchen Sie Kontakt zu Selbsthilfegruppen?

© IfR Hamburg

### 8.3. Ergebnistabellen

Beobachtungszeitraum: 1.1.2004 – 31.12.2004

Gesamtanzahl der Suizidfälle im Institut für Rechtsmedizin im Beobachtungszeitraum: N = 230

Ausgeschlossen wurden: 17 Suizidenten (Ausschlusskriterien siehe unten)

Insgesamt Befragte (nach Abzug der Ausschlusskriterien): N(Interview) = 58

Laut Statistisches Amt f. HH und SH betrug die Gesamtanzahl der Suizide für HH 2004 N= 271 (178 Männer, 93 Frauen)

#### Statistische Signifikanz des Untersuchungsmaterials

	Unbefragte Fälle	Befragte Fälle	N
Weiblich	44	14	58
Männlich	99	55	154
Randsumme	143	69	212

Tabelle Anhang 1: Chi-Quadrat Vierfelder Test: Befragte Fälle und Unbefragte Fälle

#### Gültigkeitsbereich:

N (Weiblich) >6

N (Männlich) >6

#### Rechnung:

Zähler: 220564800

Nenner: 89324640

Chi<sup>2</sup>: 2,469249246

p-Wert: 0,11374606

Altersvergleich der Gruppen:

#### Nicht Befragte:

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	154	17,04	96,08	51,2815	20,65970
Gültige Werte (Listenweise)	154				

Tabelle Anhang 2: Altersvergleich der Gruppen: Nicht Befragte

Nicht-Befragte 51,3 ± 1,7 Jahre

Befragte 61,5 ± 2,7 Jahre

- Der Unterschied ist statistisch signifikant (p=0,001, Mann-Whitney-Test)

- Die Gruppen sind also nicht vergleichbar

#### Befragte:

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	58	17,58	88,61	61,5136	20,49435
Gültige Werte (Listenweise)	58				

Tabelle Anhang 3: Altersvergleich der Gruppen: Befragte

**Test:**

Statistik für Test(a)

	Alter
Mann-Whitney-U	3164,500
Wilcoxon-W	15254,500
Z	-3,323
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,001
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,001
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,000
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,000

a Gruppenvariable: Gruppe

**Tabelle Anhang 4: Statistik der Altersvergleichstests**

	Todesart													Gesamt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Unbefragte	16	58	11	1	13	9	24	10	0	2	6	3	1	154
Befragte	3	22	8	0	6	0	7	2	2	5	3	0	0	58
Gesamt	19	80	19	1	19	9	31	12	2	7	9	3	1	212

**Tabelle Anhang 5: Kreuztabelle: Vergleich Todesarten/Befragte – Todesarten/Unbefragte**

**Todesarten:** 0 = Unklar/Unbekannt, 1 = Erhängen, 2 = Schuß, 3 = Intoxikation Alkohol, 4 = Intoxikation Medikamente, 5 = Intoxikation illegale Drogen, 6 = Sprung/Sturz, 7 = Überfahung, 8 = Ertrinken, 9 = Stich-/Schnittverletzung, 10 = Ersticken, 11 = Strangulation, 12 = thermische/physikalische Methoden

Chi-Quadrat-Tests	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	22,226(a)	12	,035
Likelihood-Quotient	24,790	12	,016
Zusammenhang linear-mit-linear	,303	1	,582
Anzahl der gültigen Fälle	212		

(a) 12 Zellen (46,2%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,27.

**Tabelle Anhang 6: Chi-Quadrat-Tests des Todesartenvergleichs**

Auch hier ist das Ergebnis statistisch signifikant (Chi-Quadrat-Test nach Pearson liefert p=0,035)



Kollektiv der IFR-Suizidenten/Hinterbliebenen bestehend aus:			
Befragte	Männlich	Weiblich	
Befragte Hinterbliebene	58	44	14
<b>Nicht befragte</b>			
Nicht erreichte:	40	21	19
Keine Angehörigen:	82	59	23
Abgelehnt/Verweigert	19	11	8
Keine HH-Bürger	13	10	3
Suizid fraglich/nicht bestätigt	2	1	1
Keine Sektionsanträge vorhanden	13	8	5
Ohne Geburtsdatum	2	1	1
	229	155	74
	171	111	60

- 17 Suizidenten wurden aufgrund der Ausschlusskriterien aus der folgenden Erhebung ausgenommen:
  - o 13 waren keine Bürger der Hansestadt Hamburg
  - o 2 Suizide konnten nicht als Suizid bestätigt werden bzw. Todesfälle waren natürlicher Ursache
  - o 2 Suizidenten hatten kein ermittelbares Geburtsdatum
- Daher wird folgend von einer Gesamt n-Anzahl von n = 212 ausgegangen, 58 Befragte (44 Männer / 14 Frauen) und 154 Nichtbefragte (99 Männer / 55 Frauen)

**Tabelle Anhang 7: Zusammensetzung des Gesamtkollektivs und Ausschlusskriterien**

Folgende Tabellen unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien (alle Angaben Ausschlußbereinigt):

Männlich/Weiblich	Häufigkeit	Prozent
1 – Männlich	143	67,45
2 – Weiblich	69	32,55
Summe	212	100

**Tabelle Anhang 8: Geschlechtsverteilung der Grundgesamtheit**

Quartal des Suizids	gesamt		männlich			weiblich		
	gesamt	% von 212	männlich	% von 212	% von 143	weiblich	% von 212	% von 69
1	63	29,72	37	17,45	25,87	26	12,26	37,68
2	50	23,58	36	16,98	25,17	14	6,60	20,29
3	52	24,53	39	18,40	27,27	13	6,13	18,84
4	47	22,17	31	14,62	21,68	16	7,55	23,19
Summe	212	100,00	143	67,45	100,00	69	32,55	100,00

**Tabelle Anhang 9: Quartal des Suizids der Grundgesamtheit**

Nennungen Suizidart alle	gesamt		geschlecht		Prozent/Suizidart	
	gesamt	Prozent	männlich	weiblich	männlich	weiblich
0 - unklar / keine Angabe	19	8,96	12	7	8,39	10,14
1 - Erhängen	80	37,74	59	21	41,26	30,43
2 - Schuß	19	8,96	19	0	13,29	0,00
3 - Intox Alk	1	0,47	0	1	0,00	1,45
4 - Intox Med	24	11,32	12	12	8,39	17,39
5 - Intox Drogen	9	4,25	7	2	4,90	2,90
6 - Sprung	31	14,62	14	17	9,79	24,64
7 - Überfahung	12	5,66	9	3	6,29	4,35
8 - Ertrinken	2	0,94	2	0	1,40	0,00
9 - Schnittverletzung / Stichverletzung	8	3,77	5	3	3,50	4,35
10 - Ersticken	11	5,19	5	6	3,50	8,70
11 - Strangulation	3	1,42	2	1	1,40	1,45
12 - Thermische / Physikalische Methoden	2	0,94	1	1	0,70	1,45
13 - Verweigerung med. Intervention	0	0,00	0	0	0,00	0,00
<b>Summe</b>	<b>221</b>	<b>104,25</b>	<b>147</b>	<b>74</b>	<b>102,80</b>	<b>107,25</b>

**Tabelle Anhang 10: Suizidarten (soweit bekannt) der Grundgesamtheit, durch Mehrfachnennungen >100%**

Suizidart/Alter* Männlich	10 - 20	20 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	90 - 100	Summe Suizidart	% -Anteil der Suizidart
	0 - 10	10 - 20	20 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90		
0 - unklar / keine Angabe		1	2	3	2	1	1	2		12	8,39
1 - Erhängen		1	7	13	11	7	9	4	7	59	41,26
2 - Schuß				2	3	8	1	5		19	13,29
3 - Intox Alk										0	0,00
4 - Intox Med				1	3		4	2	2	12	8,39
5 - Intox Drogen			1	4	2					7	4,90
6 - Sprung		1	3	1	1	2	1	3	2	14	9,79
7 - Überfahung			5	2	1		1			9	6,29
8 - Ertrinken		1		1						2	1,40
9 - Schnittverletzung / Stichverletzung				2			1	1	1	5	3,50
10 - Ersticken				1			2	1	1	5	3,50
11 - Strangulation							2			2	1,40
12 - Thermische / Physikalische Methoden					1					1	0,70
13 - Verweigerung med. Intervention										0	0,00
<b>Summe</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>147</b>	<b>102,80</b>
%-Anteil der Altersgruppen	0,00	2,80	12,59	19,58	16,08	9,09	20,28	6,29	11,89	4,20	102,80

\* Altersangabe jeweils "Ist größer oder gleich als X UND kleiner als Y" z.B. >=20 Jahre UND <30 Jahre

Orange=1. Präferenz, Gelb=2. Präferenz

**Tabelle Anhang 11: Suizidart vs Alter der Grundgesamtheit aller männlichen Suizidenten, durch Mehrfachnennungen >100%**

Suizidart/Alter* Weiblich	0 - 10	10 - 20	20 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	90 - 100	Summe Suizidart	%-Anteil der Suizidart
0 - unklar / keine Angabe					2	1		2	2		7	10,14
1 - Erhängen			2	4	4	1	4	3	3		21	30,43
2 - Schuß											0	0,00
3 - Intox Alk				1							1	1,45
4 - Intox Med				5	1	2	1		2	1	12	17,39
5 - Intox Drogen				1	1						2	2,90
6 - Sprung		2	4	2		2	1	4	1	1	17	24,64
7 - Überfahung			1		1	1					3	4,35
8 - Ertrinken											0	0,00
9 - Schnittverletzung / Stichverletzung				1	1	1					3	4,35
10 - Ersticken				1				1	4		6	8,70
11 - Strangulation						1					1	1,45
12 - Thermische / Physikalische Methoden							1				1	1,45
13 - Verweigerung med. Intervention											0	0,00
Summe	0	2	7	15	10	9	7	10	12	2	74	107,25
%-Anteil der Altersgruppen	0,00	2,90	10,14	21,74	14,49	13,04	10,14	14,49	17,39	2,90		107,25

\* Altersangabe jeweils "Ist größer oder gleich als X UND kleiner als Y" z.B. >=20 Jahre UND <30 Jahre  
Orange=1. Präferenz, Gelb=2. Präferenz

**Tabelle Anhang 12: Suizidart vs Alter der Grundgesamtheit aller weiblichen Suizidenten, durch Mehrfachnennungen >100%**

Kombination der Suizidmittel von n=212 (n=212 plus 9 Mehrfachnennungen)	Kombiniert gesamt	% von 212	Männlich	% von 143	Weiblich	% von 69	mit hart Kombi	mit weich Kombi
Erhängen	1	0,47	1	0,70	0	0,00	0	1
andere harte Methoden	2	0,94	2	1,40	0	0,00	1	1
weiche Methoden	6	2,83	1	0,70	5	7,25	0	6
Summe	9	4,25	4	2,77	5	7,25	1	8

\* Selbstentzündung mit Benzin und Schuß in den Kopf

\*\* Sprung aus der Höhe mit Pulsaderschnitten

Harte Methoden:

Schuss  
Erhängen  
Sturz/Sprung aus der Höhe  
Überfahren  
Ertrinken  
Erstechen (hier als weiche Methode unter „Stich/Schnittverletzung“ zusammengefasst)  
Strom/Verbrennen/Errieren

Weiche Methoden:

Intoxikationen  
Schnittverletzung (wird von manchen Autoren den harten Meth. zugerechnet)  
Gasinhalation  
Ersticken

**Tabelle Anhang 13: Bei mehr als einer Suizidart Kombinationen der Suizidmittel der Grundgesamtheit**

Altersverteilung Befragte "bis X Jahre"					%	
	gesamt	Prozent	männlich	weiblich	männlich	% weiblich
0 - 10	0	0,00	0	0	0,00	0,00
10 - 20	1	1,72	1	0	2,27	0,00
20 - 30	5	8,62	4	1	9,09	7,14
30 - 40	6	10,34	4	2	9,09	14,29
40 - 50	7	12,07	5	2	11,36	14,29
50 - 60	4	6,90	4	0	9,09	0,00
60 - 70	11	18,97	9	2	20,45	14,29
70 - 80	7	12,07	3	4	6,82	28,57
80 - 90	17	29,31	14	3	31,82	21,43
90 - 100	0	0,00	0	0	0,00	0,00
Summe	58	100,00	44	14	100,00	100,00

**Tabelle Anhang 14: Altersverteilung der Suizidenten, befragte Fälle**

Quartal des Suizids			% von			% von		
	gesamt	% von 58	männlich	58	% von 44	weiblich	% von 58	14
1. Quartal	8	13,79	6	10,34	13,64	2	3,45	14,29
2. Quartal	23	39,66	19	32,76	43,18	4	6,90	28,57
3. Quartal	17	29,31	12	20,69	27,27	5	8,62	35,71
4. Quartal	10	17,24	7	12,07	15,91	3	5,17	21,43
Summe	58	100,00	44	75,86	100,00	14	24,14	100,00

**Tabelle Anhang 15: Quartal des Suizids der befragten Fälle**

Suizidart Befragte					Prozent/Suizidart	
	gesamt	Prozent	männlich	weiblich	männlich	weiblich
0 - unklar / keine Angabe	3	5,17	2	1	4,55	7,14
1 - Erhängen	22	37,93	18	4	40,91	28,57
2 - Schuß	8	13,79	8	0	18,18	0,00
3 - Intox Alk	0	0,00	0	0	0,00	0,00
4 - Intox Med	6	10,34	3	3	6,82	21,43
5 - Intox Drogen	0	0,00	0	0	0,00	0,00
6 - Sprung	7	12,07	4	3	9,09	21,43
7 - Überfahung	2	3,45	2	0	4,55	0,00
8 - Ertrinken	2	3,45	2	0	4,55	0,00
9 - Schnittverletzung / Stichverletzung	5	8,62	3	2	6,82	14,29
10 - Ersticken	3	5,17	2	1	4,55	7,14
11 - Strangulation	0	0,00	0	0	0,00	0,00
12 - Thermische / Physikalische Methoden	0	0,00	0	0	0,00	0,00
13 - Verweigerung med. Intervention	0	0,00	0	0	0,00	0,00
Summe	58	100,00	44	14	100,00	100,00

**Tabelle Anhang 16: Suizidarten (soweit bekannt) der Suizidenten, befragte Fälle**

Suizidart/Alter* Befragte	0 - 10	10 - 20	20 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	90 - 100	Summe Suizidart	%-Anteil der Suizidart
0 - unklar / keine Angabe					1	1		1			3	5,17
1 - Erhängen			2	1	3	1	5	2	8		22	37,93
2 - Schuß					1	2	1	1	3		8	13,79
3 - Intox Alk											0	0,00
4 - Intox Med				1	1		2	1	1		6	10,34
5 - Intox Drogen											0	0,00
6 - Sprung			1	1			1	2	2		7	12,07
7 - Überfahung			2								2	3,45
8 - Ertrinken		1		1							2	3,45
9 - Schnittverletzung / Stichverletzung				2		1	1		1		5	8,62
10 - Ersticken							1		2		3	5,17
11 - Strangulation											0	0,00
12 - Thermische / Physikalische Methoden											0	0,00
13 - Verweigerung med. Intervention											0	0,00
Summe	0	1	5	6	7	4	11	7	17	0	58	100
%-Anteil der Altersgruppe	0,00	1,72	8,62	10,34	12,07	6,90	18,97	12,07	29,31	0,00	100,00	

\* Altersangabe jeweils "Ist größer oder gleich als X UND kleiner als Y" z.B. >=20 Jahre UND <30 Jahre

Orange=1. Präferenz

**Tabelle Anhang 17: Suizidart vs Alter der Grundgesamtheit aller Suizidenten, befragte Fälle**

Kombination der Suizidmittel bei n=58	Kombiniert gesamt	% von n=58	Männlich	% von 44	Weiblich	% von 14	mit hart Kombi	mit weich Kombi
Erhängen	1	1,72	1	2,27	0	0,00	0	1
andere harte Methoden	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
weiche Methoden	1	1,72	0	0,00	1	7,14	0	1
Summe	2	3,45	1	2,27	1	7,14	0	2

Harte Methoden:

Schuss  
 Erhängen  
 Sturz/Sprung aus der Höhe  
 Überfahren  
 Ertrinken  
 Erstechen (hier als weiche Methode unter „Stich/Schnittverletzung“ zusammengefasst)  
 Strom/Verbrennen/Errieren

Weiche Methoden:

Intoxikationen  
 Schnittverletzung (wird von manchen Autoren den harten Meth. zugerechnet)  
 Gasinhalation  
 Ersticken

**Tabelle Anhang 18: Bei mehr als einer Suizidart Kombinationen der Suizidmittel, befragte Fälle**

Altersverteilung "Bis X Jahre..."	gesamt		Prozent		♂	♀	Prozent/Alter	
	gesamt	Prozent	♂	♀	Prozent/Alter ♂	Prozent/Alter ♀		
0 - 10	0	0,00	0	0	0,00	0,00		
10 - 20	5	3,25	3	2	3,03	3,64		
20 - 30	20	12,99	14	6	14,14	10,91		
30 - 40	33	21,43	24	9	24,24	16,36		
40 - 50	24	15,58	16	8	16,16	14,55		
50 - 60	18	11,69	9	9	9,09	16,36		
60 - 70	25	16,23	20	5	20,20	9,09		
70 - 80	12	7,79	6	6	6,06	10,91		
80 - 90	11	7,14	3	8	3,03	14,55		
90 - 100	6	3,90	4	2	4,04	3,64		
Summe	154	100	99	55	100,00	100,00		

**Tabelle Anhang 19: Altersverteilung der Suizidenten, unbefragte Fälle**

Quartal des Suizids	gesamt		männlich			weiblich		
	gesamt	% von 154	männlich	% von 154	% von 99	weiblich	% von 154	% von 55
1. Quartal	56	36,36	32	20,78	32,32	24	15,58	43,64
2. Quartal	27	17,53	17	11,04	17,17	10	6,49	18,18
3. Quartal	35	22,73	27	17,53	27,27	8	5,19	14,55
4. Quartal	36	23,38	23	14,94	23,23	13	8,44	23,64
Summe	154	100,00	99	64,29	100,00	55	35,71	100,00

**Tabelle Anhang 20: Quartal des Suizids der unbefragten Fälle**

Nennungen Suizidart aller Unbefragten	gesamt		Prozent		männlich	weiblich	Prozent/Suizidart	
	gesamt	Prozent	männlich	weiblich	männlich	weiblich		
0 - unklar / keine Angabe	16	10,39	10	6	10,10	10,91		
1 - Erhängen	58	37,66	41	17	41,41	30,91		
2 - Schuß	11	7,14	11	0	11,11	0,00		
3 - Intox Alk	1	0,65	0	1	0,00	1,82		
4 - Intox Med	16	10,39	8	8	8,08	14,55		
5 - Intox Drogen	9	5,84	7	2	7,07	3,64		
6 - Sprung	24	15,58	10	14	10,10	25,45		
7 - Überfahung	10	6,49	7	3	7,07	5,45		
8 - Ertrinken	0	0,00	0	0	0,00	0,00		
9 - Schnittverletzung / Stichverletzung	3	1,95	2	1	2,02	1,82		
10 - Ersticken	8	5,19	3	5	3,03	9,09		
11 - Strangulation	3	1,95	2	1	2,02	1,82		
12 - Thermische / Physikalische Methoden	2	1,30	1	1	1,01	1,82		
13 - Verweigerung med. Intervention	0	0,00	0	0	0,00	0,00		
Summe	161	104,55	102	59	103,03	107,27		

**Tabelle Anhang 21: Suizidarten (soweit bekannt) der Suizidenten, unbefragte Fälle, durch Mehrfachnennungen >100%**

Suizidart/Alter*	0 - 10	10 - 20	20 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	90 - 100	Summe Suizidart	%-Anteil der Suizidart
0 - unklar / keine Angabe		1	2	3	3	1	1	3	2		16	10,39
1 - Erhängen		1	7	16	12	7	8	5	2		58	37,66
2 - Schuß					1	1	7		2		11	7,14
3 - Intox Alk				1							1	0,65
4 - Intox Med				4	2	2	3	1	1	3	16	10,39
5 - Intox Drogen			1	5	3						9	5,84
6 - Sprung		3	6	2	1	4	1	2	2	3	24	15,58
7 - Überfahung			4	2	2	1	1				10	6,49
8 - Ertrinken											0	0,00
9 - Schnittverletzung / Stichverletzung				1		1				1	3	1,95
10 - Ersticken				2			1	1	3	1	8	5,19
11 - Strangulation						1	2				3	1,95
12 - Thermische / Physikalische Methoden						1	1				2	1,30
13 - Verweigerung med. Intervention											0	0,00
Summe	0	5	20	36	24	19	25	12	12	8	161	104,55

%-Anteil der Altersgruppe an n=154  
0,00 3,25 12,99 23,38 15,58 12,34 16,23 7,79 7,79 5,19 104,55

\* Altersangabe jeweils "Ist größer oder gleich als X UND kleiner als Y" z.B. >=20 Jahre UND <30 Jahre

Orange=1. Präferenz, Gelb=2. Präferenz

**Tabelle Anhang 22: Suizidart vs Alter der Grundgesamtheit aller Suizidenten, unbefragte Fälle n=154**

Familien-suizide	gesamt	%	m	%	w	%
1 – Ja	9	15,52	5	11,36	4	28,57
2 – Nein	33	56,90	26	59,09	7	50,00
3 - Weiß nicht	11	18,97	9	20,45	2	14,29
0 - keine Angabe	5	8,62	4	9,09	1	7,14
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle Anhang 23: Frage nach Familiensuiziden unter den Angehörigen der Suizidenten**

Wenn ja, wer	gesamt	%	m	% von 10	w	%
Gatte/Ehefrau	1	10,00	1	10,00	0	0,00
Vater/Mutter	1	10,00	1	10,00	0	0,00
Schwiegersonn/-tochter	1	10,00	1	10,00	0	0,00
Bruder / Schwester	1	10,00	0	0,00	1	10,00
Großvater / -mutter	2	20,00	1	10,00	1	10,00
Onkel/Tante	3	30,00	1	10,00	2	20,00
Freund/LG	1	10,00	1	10,00	0	0,00
Summe	10	100,00	6	60,00	4	40,00

\* 1 Mehrfachangabe: Ein Suizident hatte Ehefrau und dann Lebensgefährtin durch Suizid verloren

**Tabelle Anhang 24: Wenn ja, welches Familienmitglied war das?**

Nationalität	gesamt		% von 58		% von 58	
	gesamt	%	männl.	weibl.	männl.	weibl.
D	42	72,41	33	9	22,92	13,04
West-Europa	0	0,00	0	0	0,00	0,00
Ost-Europa	2	3,45	2	0	1,39	0,00
Naher Osten	1	1,72	1	0	0,69	0,00
n.bek/k.Angabe	13	22,41	8	5	5,56	7,25
Summe	58	100,00	44	14	30,56	20,29

West-Europa: FIN, F, BEL, CH, NL  
Ost-Europa: JUG, PL, GUS  
Naher Osten: TÜRK

**Tabelle Anhang 25: Auflistung aller Nationalitäten (soweit bekannt) der Suizidenten, befragte Fälle**

Finanzielle Probleme	gesamt		männlich		weiblich	
	gesamt	%	männlich	weiblich	gesamt	%
Ja	13	22,41	9	4	20,45	28,57
Nein	37	63,79	29	8	65,91	57,14
k. Angabe	5	8,62	4	1	9,09	7,14
Nein, aber S. dachte ja	3	5,17	2	1	4,55	7,14
Summe	58	100,00	44	14	100,00	100,00

**Tabelle Anhang 26: Frage nach finanziellen Problemen**

Arbeitssituation Befragte	gesamt		männl		weibl	
	gesamt	%	männl	weibl	gesamt	%
Vollzeit Berufstätig	8	13,79	7	1	15,91	7,14
Hausfrau/mann	2	3,45	0	2	0,00	14,29
Ausbildung/Umschulung	1	1,72	1	0	2,27	0,00
Arbeitslos gemeldet	7	12,07	5	2	11,36	14,29
Krank geschrieben	4	6,90	3	1	6,82	7,14
Altersrente/Pension	35	60,34	27	8	61,36	57,14
Nicht gefragt/andere Gründe	1	1,72	1	0	2,27	0,00
Summe	58	100,00	44	14	100,00	100,00

**Tabelle Anhang 27: Frage nach der Arbeitssituation/Beschäftigungsverhältnis der Suizidenten**

Arbeitslosigkeit / Dauer	gesamt		männl		weibl		Mittelwert / Dauer	Arbeitslos gemeldet	Krank geschrieben	Rente / Pension	Nicht gefragt
	gesamt	%	männl	weibl	gesamt	%					
bis 5 Jahre	10	21,74	8	2	22,86	18,18	1,75	4	2	4	0
bis 10 Jahre	10	21,74	7	3	20,00	27,27	7,4	2	0	8	0
bis 15 Jahre	3	6,52	1	2	2,86	18,18	11,3	0	0	3	0
bis 20 Jahre	1	2,17	1	0	2,86	0,00	19	0	0	1	0
bis 25 Jahre	9	19,57	7	2	20,00	18,18	21,2	0	0	9	0
bis 30 Jahre	3	6,52	3	0	8,57	0,00	25	0	0	3	0
bis einschl. 35 Jahre	3	6,52	3	0	8,57	0,00	32	0	0	3	0
8888 - nicht bekannt	4	8,70	3	1	8,57	9,09		0	1	3	0
9999 - nicht gefragt	2	4,35	2	0	5,71	0,00		0	0	1	1
nie gearbeitet	1	2,17	0	1	0,00	9,09		1	0	0	0
Summe	46	100,00	35	11	100,00	100,00	Mittelwert / Mittelwert 16,81				

**Tabelle Anhang 28: Wenn keiner Beschäftigung/Arbeit nachgegangen wurde, wie lange hat die Arbeitslosigkeit (inkl. Rente) andauert**



Suizidversuche n=17 und deren Arbeitsverhältnis	ges		m		w	
	ges	%	m	%	w	%
Vollzeit	2	11,76	1	9,09	1	16,67
Hausfrau/-mann	2	11,76	0	0,00	2	33,33
Azubi/Umschulung	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Arbeitslos	2	11,76	2	18,18	0	0,00
Krank	1	5,88	1	9,09	0	0,00
Rente	10	58,82	7	63,64	3	50,00
n.gefragt, k. Ang.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Summe	17	100,00	11	100,00	6	100,00

**Tabelle Anhang 29: Frage nach vorherigen Suizidversuchen (siehe auch Tabelle 46) und der jeweiligen Arbeitssituation**

Arbeitsqualifikationen*	Gesamt	%	Männlich	%	Weiblich	%
1	1	1,72	1	2,27	0	0,00
2	5	8,62	3	6,82	2	14,29
3	33	56,90	26	59,09	7	50,00
4	3	5,17	2	4,55	1	7,14
5	1	1,72	1	2,27	0	0,00
6	3	5,17	3	6,82	0	0,00
7	2	3,45	2	4,55	0	0,00
8	2	3,45	1	2,27	1	7,14
9	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10	2	3,45	1	2,27	1	7,14
100	6	10,34	4	9,09	2	14,29
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

\* Zahlen stehen für:

1 = Bisher nicht berufstätig

2 = An-, ungelernete/r Arbeiter/in

3 = Facharbeiter/in oder abgeschlossene Lehre

4 = Angestellte/r (z.B. Schreibkraft, Verkäufer/in, Beamter im einfachen/mittleren Dienst)

5 = Qualifizierte/r Angestellte/r (z.B. Buchhalter, Sachbearbeiter, Beamter im gehob. Dienst)

6 = Leitende/r Angestellte/r (z.B. Prokurist, Akademiker/in, Beamter im gehob. Dienst)

7 = Selbständige/r Handwerker/in, Landwirt/in, kleine/r Geschäftstreibende/r

8 = Akademische/r Selbständige/r, Unternehmer/in

9 = Azubi/Volontär/in

10 = Nicht bek./nicht anwendbar

100 = Nicht gefragt/andere Gründe

**Tabelle Anhang 30: Frage nach Arbeitsqualifikationen**

Schulbildung	Gesamt	%	Männlich	%	Weiblich	%
1 – Sonderschule	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2 - Haupt-/Volksschule	26	44,83	20	45,45	6	42,86
3 - Real-/Mittelschule	11	18,97	9	20,45	2	14,29
4 - Oberschule/Gymna.	10	17,24	6	13,64	4	28,57
5 - Fachhochschule	3	5,17	3	6,82	0	0,00
6 – Universität	1	1,72	1	2,27	0	0,00
8 - n. bek./nicht anwendbar	3	5,17	2	4,55	1	7,14
9 - n. gefragt/andere Gründe	4	6,90	3	6,82	1	7,14
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle Anhang 31: Frage nach höchstem Schulabschluss**

Suizidankündigungen danach Suizidversuche	gesamt	% von 58	männlich	weiblich
Ja mit Suizidversuch	14	24,14	9	5
Nein ohne SCV	14	24,14	10	4
Summe	28	48,28	19	9

**Tabelle Anhang 32: Frage, ob auf die Suizidankündigungen Suizidversuche folgten**

Suizidversuche	Häufigkeit	Prozent	männlich	% männl	weiblich	% weibl
1 - Ja	17	29,31	11	25,00	6	42,86
2 - Nein	31	53,45	25	56,82	6	42,86
3 - Weiß nicht	5	8,62	4	9,09	1	7,14
0 - Keine Angabe	5	8,62	4	9,09	1	7,14
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle Anhang 33: Frage nach Suizidversuchen der Suizidenten, unabhängig von Suizidankündigungen**

Von 17 Suizidenten mit Suizidversuchen ohne Berücksichtigung der Ankündigung machten Mehrfachversuche:				
Versuche	Gesamt	%	männl.	weibl.
1 Versuch	7	41,18	5	2
2 Versuche	4	23,53	3	1
3 Versuche	4	23,53	1	3
4 Versuche	1	5,88	1	0
5 Versuche	1	5,88	1	0
Summe	17	100,00	11	6

10 mit Mehrfachversuchen, 6 Männer, 4 Frauen

**Tabelle Anhang 34: Frage, ob diese Suizidversuche einmalig versucht wurden oder Mehrfachversuche bekannt sind, unabhängig von Suizidankündigungen**

Suizidversuche Mehrmals oder nur Einfach?						
Antwort	Häufigkeit	Prozent	männlich	% männl	weiblich	% weibl
1 - Ja, es gab Mehrfachversuche	10	17,24	6	13,64	4	28,57
2 - Nein, nur Einfachversuche	7	12,07	5	11,36	2	14,29
3 - Weiß nicht	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0 - Keine Angabe	10	17,24	8	18,18	2	14,29
4 - Keine Suizidversuche	31	53,45	25	56,82	6	42,86
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle Anhang 35: Frage nach Mehrfachsuizidversuchen bei allen Suizidenten, befragte Fälle**

Grunderkrankungen	gesamt	%	männl.	%	weibl.	%
1 – Ja	48	82,76	36	81,82	12	85,71
2 – Nein	8	13,79	7	15,91	1	7,14
3 – Weiß nicht	1	1,72	1	2,27	0	0,00
0 – Keine Angabe	1	1,72	0	0,00	1	7,14
Summe	58	100	44	100,00	14	100,00

- Bei Grunderkrankungen mit NEIN geantwortet, aber den Suizid bedingende Auslösefaktoren nennen konnten:  
- 6 Befragte (berichtend über 5 männliche und 1 weibliche S.)

- Auslösefaktoren bei fehlender Grunderkrankung:  
- Von den 5 männlichen Suizidenten werden 3 mal psychische "Probleme" und 2 mal finanzielle Probleme berichtet, 1 mal in Kombination mit Ehekonflikten  
- Von der weiblichen Suizidentin wird eine anstehende Psychiatrieeinweisung berichtet

**Tabelle Anhang 36: Frage nach bekannten Vor- oder Grunderkrankungen, quantitativ**

auslösende Faktoren	gesamt	%	männl.	%	weibl.	%
Ja-Antworten	50	86,21	38	86,36	12	85,71
Nein - Antworten	3	5,17	2	4,55	1	7,14
Weiß nicht - Antworten	1	1,72	1	2,27	0	0,00
keine Angabe	4	6,90	3	6,82	1	7,14
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle Anhang 37: Frage nach vermuteten Auslösefaktoren für den Suizid des Verstorbenen**

Mehrfachangaben:	Gesamt	Männliche	Weibliche
Insgesamt	10	8	2
Kombi Sozial-Medizinisch	5	5	0
Kombi Sozial-Ängste	2	2	0
Kombi Ängste-Medizinisch	3	1	2

Keine Angaben/Vermutungen zur Auslösefaktoren machten 7 Angehörige, davon über 5 männliche und 2 weibliche Suizidenten

**Tabelle Anhang 38: Wie setzen sich die Mehrfachangaben zu den Auslösefaktoren zusammen?**

Multimorbidität	Gesamt	%	Männlich	%	Weiblich	%
1 Diagnose	15	31,25	13	36,11	2	16,67
2 Diagnosen	12	25,00	7	19,44	5	41,67
3 Diagnosen	13	27,08	8	22,22	5	41,67
4 Diagnosen	5	10,42	5	13,89	0	0,00
5 und mehr Diagnosen	3	6,25	3	8,33	0	0,00
Summe	48	100,00	36	100,00	12	100,00

**Tabelle Anhang 39: Frage nach Mehrfachdiagnosen / Multimorbidität unter den Suizidenten**

Angaben zu Depression			
alle Fälle n=212	% von n=212	% gesamt m/w	
Männlich	14	6,60	9,79
Weiblich	15	7,08	21,74
Summe	29	13,68	

**Tabelle Anhang 40: Angaben/Hinweise zu Depression, Gesamtkollektiv**

Hinweise für Depression (Sektionsantrag/Polizeibericht/Medikamentenfunde)			
nicht befragte Fälle n=154		% von n=154	% von m/w
Männlich	2	1,30	2,02
Weiblich	6	3,90	10,91
Summe	8	5,19	

**Tabelle Anhang 41: Angaben/Hinweise zu Depression aus Sektionsantrag/Polizeibericht/Medikamentenfunde, unbefragte Fälle**

Mobilität	gesamt	%	männl.	%	weibl.	%
Mobil	46	79,31	34	77,27	12	85,71
Assistiert mobil (Gehhilfe/Unterstützung)	5	8,62	4	9,09	1	7,14
Bettlägerig	3	5,17	3	6,82	0	0,00
k.Angabe	4	6,90	3	6,82	1	7,14
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle Anhang 42: Frage nach der Mobilität der Suizidenten zum Todeszeitpunkt**

Unterstützung organisiert	gesamt	%	männl.	%	weibl.	%
1 – Ja	18	31,03	11	25,00	7	50,00
2 – Nein	19	32,76	15	34,09	4	28,57
3 - weiß nicht	5	8,62	5	11,36	0	0,00
0 - keine Angabe	16	27,59	13	29,55	3	21,43
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle Anhang 43: Frage nach Hinweisen/Bestreben des Suizidenten, sich Unterstützung gegen die Suizidalität zu organisieren, befragte Fälle**

Bei ja, wo...	gesamt	%	männl.	%	weibl.	%
1 – Verwandte	4	22,22	3	27,27	1	14,29
2 - Ehepartner/LG	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3 - Freunde/Bekannte	3	16,67	3	27,27	0	0,00
4 – Arbeitskollegen	1	5,56	1	9,09	0	0,00
5 – Hausarzt	6	33,33	4	36,36	2	28,57
6 - Krankenhaus/Psychiatrische Einrichtung	4	22,22	3	27,27	1	14,29
7 – Psychologe /Psychotherapeut	7	38,89	4	36,36	3	42,86
8 - Psychiater/Nervenarzt	11	61,11	6	54,55	5	71,43
9 - Selbsthilfegruppen	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 - Telefon-Hotlines	0	0,00	0	0,00	0	0,00
11 – Psychosoziale Tagestätten/Treffs	1	5,56	1	9,09	0	0,00
12 – Internet	1	5,56	1	9,09	0	0,00
13 - Gesetzl. Betreuer/in	0	0,00	0	0,00	0	0,00
14 - Streetworker/Soz.Päd.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 - Mitpatienten b. Khs-Aufenthalt	0	0,00	0	0,00	0	0,00
16 - Mitbewohner in Wohngruppe	0	0,00	0	0,00	0	0,00
17 - Behörden (Polizei/SozAmt/SPD)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18 – Sonstiges	2	11,11	2	18,18	0	0,00
Summe	40	222,22	28	254,55	12	171,43

\* Muslimischer Geistlicher (Hodscha) wurde von zwei Suizidenten konsultiert

**Tabelle Anhang 44: Wenn ja, wo wurde diese Unterstützung gesucht? Durch Mehrfachnennungen >100%**

Mehrfachangaben machten:	gesamt	Männlich	Weiblich
2 Stellen kontaktiert	2	1	1
3 Stellen kontaktiert	7	5	2
4 Stellen kontaktiert	2	2	0
Gesamt	11	8	3

**Tabelle Anhang 45: Angaben zu Mehrfachnennungen/Kontakte zu mehreren Stellen**

Vereinbarte Gesprächstermine:							
Von 18 Suizidenten mit Unterstützungsbedarf	%	Männlich	%	Weiblich	%		
1 – Ja	14	77,78	8	72,73	6	85,71	
2 – Nein	1	5,56	1	9,09	0	0,00	
3 - Weiß nicht	1	5,56	0	0,00	1	14,29	
0 - Keine Angabe/Nicht gefragt	2	11,11	2	18,18	0	0,00	
Summe	18	100,00	11	100,00	7	100,00	

**Tabelle Anhang 46: Wurden Gesprächstermine vereinbart beim organisieren der Unterstützungsmaßnahmen?**

davon tatsächlich stattgefunden (inkl. Vorgespräche) n=14	gesamt	% von 14	m	%	w	%
1 – Ja	12	85,71	7	87,5	5	83,33
2 – Nein	1	7,14	1	12,5	0	0,00
0 - keine Angabe	1	7,14	0	0	1	16,67
Summe	14	100,00	8	100	6	100,00

Zwischen Terminvereinbarung und Wahrnehmung des Termins liegen eine Ausfallquote von ca. 15 %

**Tabelle Anhang 47: Fanden die vereinbarten Termine/Gespräche tatsächlich statt?**

Von den ursprünglich 18 Suizidenten, die sich Hilfe/Unterstützung organisiert haben wollen, fanden den Weg zum Gespräch:

Gesamt	Gespräche	%Stattgefunden	Männer	Gespräche	%Stattgefunden
18	12	66,67	11	7	63,64
			Frauen		
			7	5	71,43

**Tabelle Anhang 48: Ausfallquote der Unterstützungswilligen bis zum vereinbarten Gesprächstermin**

Gescheiterte Gesprächstermine, bzw. weitere Gespräche nach Vor- oder Erstgespräch nicht zustande gekommen			
	Ges	m	w
Restliche Keine Angabe	6	4	2

**Tabelle Anhang 49: Anzahl der gescheiterten Gesprächstermine, bzw. nicht über das Erstgespräch hinaus gehende Kontakte**

Gründe für das Scheitern	gesamt	m	w
generelle Ablehnung / weitere Termine abgelehnt	3	1	2
zu teuer	1	1	0
zu lange Wartezeit (2 Monate)	1	1	0
1 Tag vor Termin suizidiert	1	1	0
Summe	6	4	2

**Tabelle Anhang 50: Gründe für das Scheitern der Gesprächstermine**

Psychotherapie gemacht / Psychotherapeut frequentiert	gesamt		männl		weibl	
		%		%		%
1 – Ja	13	22,41	7	15,91	6	42,86
2 – Nein	34	58,62	28	63,64	6	42,86
3 – Weiß nicht	3	5,17	3	6,82	0	0,00
0 – Keine Angabe	8	13,79	6	13,64	2	14,29
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle Anhang 51: Frage zu psychotherapeutischen Kontakten/Therapien der Suizidenten, befragte Fälle**

Gesamt	m	% von 20	w	% von 20
20	13	65	7	35
20 bezogen auf n= 58				
% = 34,48		22,41		12,07
20 bezogen auf n= 212				
% = 9,43		6,13		3,30

**Tabelle Anhang 52: Anzahl der Suizidenten mit psychischer Vorerkrankung in der Anamnese, befragte Fälle**

Gesamt	m	% von 8	w	% von 8
8	3	37,50	5	62,50
bezogen auf alle "Grunderkrankten" n = 20		%-Anteil aller männlichen		%-Anteil aller weiblichen
% = 40,00	13	23,08	7	71,43
		alle männl. von 20		alle weibl. von 20
		15,00		25,00

**Tabelle Anhang 53: Psychotherapeutisch behandelte Suizidenten unter den in Tab. Anhang 52 aufgeführten psychisch Vorerkrankten**

Gesamt	m	% von 15	w	% von 15
15	6	40	9	60
bezogen auf alle Befragten n= 58				
% = 25,86		10,34		15,52
bezogen auf Gesamtheit n= 212				
% = 7,08		2,83		4,25

**Tabelle Anhang 54: Anzahl der Suizidenten mit psychischer Erkrankung als Auslösefaktor, befragte Fälle**

Gesamt	m	% von 6	w	% von 6
6	2	33,33	4	66,67
bezogen auf alle "Auslöser" n = 15	6	33,33	9	44,44
% = 40,00	alle männl. von 15		alle weibl. von 15	
		13,33		26,67

8 Suizidenten werden unter "Vorerkrankt" und "Auslösefaktoren" geführt, davon 2 männliche Suizidenten und 6 weibliche. Psychotherapeutisch behandelt wurden davon 5 Suizidenten, 1 männlicher und 4 weibliche Suizidenten

**Tabelle Anhang 55: Psychotherapeutisch behandelte Suizidenten unter den in Tab. Anhang 54 aufgeführten Fällen mit psychischen Erkrankungen als Auslösefaktoren**

Von den 15 Suizidenten, mit psychischer Erkrankung als Auslöser in der Anamnese sind 7 Suizidenten ohne psych. Grunderkrankung in der Anamnese				
Gesamt	m	% von 7	w	% von 7
7	4	57,14	3	42,86
bezogen auf alle "psychischen Auslöser" n = 15				
% = 46,67		26,67		20
bezogen auf alle Befragten n = 58				
% = 12,07		6,90		5,17
bezogen auf Gesamtheit n = 212				
% = 3,30		1,89		1,42

**Tabelle Anhang 56: Suizidenten mit Angaben zu psychischer Erkrankung in den Auslösefaktoren, jedoch ohne Angaben psychischer Vorerkrankungen, befragte Fälle**

Gesamt	m	% von 12	w	% von 12
12	11	91,67	1	8,33
bezogen auf alle "psychisch Grunderkrankten" n = 20				
% = 60,00		55,00		5,00
bezogen auf alle Befragten n = 58				
% = 20,69		18,97		1,72
bezogen auf Gesamtheit n = 212				
% = 5,66		5,19		0,47

**Tabelle Anhang 57: Suizidenten mit psychischer Erkrankung in der Anamnese, die aber nicht als Auslösefaktor genannt wurde**

gesamt aus n=58	m	%	w	%
13	7	53,85	6	46,15
bezogen auf n=58 % =				
22,41		12,07		10,34
bezogen auf Gesamtheit n = 212 % =				
6,13		3,30		2,83

**Tabelle Anhang 58: Anteilig auf die Kollektive bezogene Fälle psychotherapeutisch behandelter Suizidenten (ergänzend zu Tabelle Anhang 51)**

Gesamt	m	%	w	%
2	1	50,00	1	50,00
bezogen auf alle "Psychotherapierten" n = 13 % =				
15,38		7,69		7,69
bezogen auf alle Befragten n = 58 % =				
3,45		1,72		1,72
bezogen auf Gesamtheit n = 212 % =				
0,94		0,47		0,47

**Tabelle Anhang 59: Psychotherapeutisch behandelte Suizidenten, ohne psychische Vorerkrankung oder Auslösefaktor in der Befragung**

Von den 13 Psychotherapierten organisierten sich Unterstützung:	Gesamt	%	m	%	w	%
1 – Ja	9	69,23	4	57,14	5	83,33
2 - Nein	1	7,69	1	14,29	0	0,00
3 - Weiß nicht	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0 - Keine Angabe	3	23,08	2	28,57	1	16,67
Summe	13	100,00	7	100,00	6	100,00

**Tabelle Anhang 60: Frage nach Hinweisen/Bestreben des Suizidenten, sich Unterstützung gegen die Suizidalität zu organisieren, psychotherapeutisch behandelte Fälle unter den befragten Fällen**

Abusus	gesamt	%	männl	%	weibl	%
1 – Ja	25	43,10	18	40,91	7	50,00
2 – Nein	27	46,55	22	50,00	5	35,71
3 - Weiß nicht	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0 - Keine Angabe	6	10,34	4	9,09	2	14,29
Summe	58	100,00	44	100,00	14	100,00

**Tabelle Anhang 61: Frage nach Konsum von Suchtmitteln, Alkohol oder Medikamenten, befragte Fälle**



Mischkonsum	gesamt	%	m	%	w	%
1 konsumierte Substanz	17	68,00	12	66,67	5	71,43
2 konsumierte Substanzen	6	24,00	4	22,22	2	28,57
3 konsumierte Substanzen	2	8,00	2	11,11	0	0,00
Summe	25	100,00	18	100	7	100

**Tabelle Anhang 62: Bei Mehrfachnennungen Anzahl der verschiedenen konsumierten Substanzen**

Gesamt	%	m	%	w	%
31	53,45	24	54,55	7	50
von allen Befragten		alle Männer		alle Frauen	
58		44		14	

**Tabelle Anhang 63: Frage nach Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten, befragte Fälle**

Gesamt	%	m	%	w	%
auf Befragte bezogen (n = 58):					
5	8,62	3	6,82	2	14,29
auf Gesamtheit bezogen (n = 212):					
	2,36		2,10		2,90

**Tabelle Anhang 64: Hinweise für prästationäre Behandlung, Einweisung innerhalb der nächsten 14 Tage bevorstehend**

Gesamt	%	m	%	w	%
9		7		2	
Bezogen auf Gesamtheit	4,23		4,86		2,90
Wenn die 4 in Gewahrsam bzw. in Haft suizidierten dazu gerechnet werden sollen:					
13*		10		2	
Bezogen auf Gesamtheit	6,13		6,99		2,90

\*Cave: Keine Berechnung zur Befragten-Menge möglich, da nur etwa 3 der 13 Angaben aus dem Befragten-Kollektiv stammen, der Rest ist aus den Unbefragten-Sektionsanträgen entnommen worden

**Tabelle Anhang 65: Hinweise für stationäre Behandlung, Krankenhausbehandlung/Tageskliniken/Ambulanzen und Gewahrsam/Haft getrennt, befragte und unbefragte Fälle zusammen**

#### 8.4. Abkürzungsverzeichnis

AAS	Amerikanische Vereinigung der Suizidologie (engl.: <i>American association of Suicidology</i> )
ICD	Internationale Klassifikation der Erkrankungen (engl.: <i>International classification of diseases</i> ) der Weltgesundheitsorganisation WHO
IfR	Institut für Rechtsmedizin
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LKA	Landeskriminalamt
SIB	engl.: <i>self-injurious behavior</i> , Selbstverletzendes Verhalten, siehe auch SVV
SCV	Suizidversuch, -e
StLA	Statistisches Landesamt
SVV	Selbstverletzendes Verhalten
TZS	Therapiezentrum für Suizidgefährdete
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl.: <i>World Health Organization</i> )
ZNA	Zentrale Notaufnahme

## 9. Danksagung

- **Dr. med. Axel Heinemann**, Oberarzt des Institutes für Rechtsmedizin Hamburg und **Dipl. psych. Georg Fiedler**, leitender Psychologe am Therapiezentrum für Suizidgefährdete TZS in Hamburg für ihre Unterstützung bei der Themenauswahl, beim Entstehungsprozess und bei der Betreuung während der Datenerhebung
- **Prof. Dr. med. Klaus Püschel**, Direktor des Institutes für Rechtsmedizin, für den Aufbau und Erhalt meines Interesses an der Rechtsmedizin
- **Prof. Dr. med. Hans-Peter Beck-Bornholdt** für die Unterstützung bei statistischen Problemen und der Aufrechterhaltung der Arbeitsmotivation
- **Enno Olbrich**, für die technische Unterstützung bei meinen Startschwierigkeiten mit Microsoft Excel
- **Dr. Michael Bubenheim**, Institut für medizinische Biometrie und Epidemiologie am UKE, für sein Angebot, jederzeit um Rat fragen zu dürfen
- **Frau Schlüter** vom Statistischen Amt für HH und SH für die freundliche Unterstützung bei der Datenrecherche und Bereitstellung der Datensätze
- **Dr. phil. Karsten Uhl** für fachübergreifende Anregungen und einen interessanten Diskurs
- **Frank Friedrich Aßmann** für das Lektorat
- **Rose Helena Zazeri-Mumbauer, Lennon Gabriel Mumbauer und Hendrix Simon Mumbauer sowie meiner gesamten Familie**, ohne deren Unterstützung und Vertrauen diese Arbeit wohl kaum zustande gekommen wäre

## **10. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift:

Datum: